



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Cotidianidad de los enfermeros que brindan cuidados al paciente crítico, en el Hospital San Juan Lurigancho, año 2015

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Intensivista

AUTOR

Diana Jovita Rafaele Baldeón

**LIMA – PERÚ
2015**

*A Dios, quien se manifiesta de las maneras
más bonitas y significativas en mí vida.*

Gracias.

*A profesora Tula Espinoza, por su
compromiso y paciencia.*

Gracias.

*A mi familia por su apoyo y su motivación a
seguir siendo mejor cada día.*

Gracias.

A la familia Baldeón Culqui, en especial a Tatiana y Katherine, quienes me enseñan que siempre se puede, cuando se tiene voluntad.

Gracias.

A mis compañeras de servicio, mis amigas, en quienes encontré fortaleza y dedicación, en la realización de la profesión más noble, Enfermería.

Gracias.

A Julio César por su inspiración, apoyo y paciencia.

Gracias.

RESUMEN

Investigación sobre “Cotidianidad de enfermeros que brindan cuidados al paciente crítico, en Hospital San Juan Lurigancho, año 2015” que busca promover la reflexión, y revaloración de su quehacer.

Objetivo: Develar la cotidianidad de los enfermeros que brindan cuidados a pacientes críticos.

Metodología: Investigación cualitativa, descriptivo-exploratorio, en enfermeras hasta llegar a la saturación se aplicó una entrevista no estructurada en base a una guía temática. Cinco enfermeras constituyeron la muestra de estudio por saturación. Los datos fueron desgrabados, clasificados y analizados.

Consideraciones finales: Las categorías indicadas fueron: *Decisión de ser enfermero intensivista*, en el cual se destaca el sentido de vocación hacia el cuidado y el sentido de perfeccionamiento para el desarrollo del mismo; *Ser enfermero en la unidad de cuidados críticos*, en el cual el enfermero manifiesta su desarrollo profesional orientado al cuidado de la persona del cual recibe satisfacciones; *Sobre funciones y actividades que realizan*, en el cual describen sus actividades considerando sus competencias; *Sobre la importancia de sus funciones y actividades*, en el cual remarcan la importancia de la inmediatez de sus cuidados, en especial durante el ingreso del paciente y tomando estrategias en beneficio del paciente; *Sobre lo que piensan y sienten respecto de sus funciones y actividades*, en el cual manifiestan que sienten satisfacciones pese a las limitaciones del medio, orientándolos a conductas de riesgo y estrategias que salvaguarden su cuidado; *Sobre su relación con otros profesionales y/o trabajadores*, manifiestan que existe una relación de respeto mutuo, comunicación y definición de roles, no percibiendo dificultades en ese nivel; *Sobre los pacientes y sus familiares*, en el cual consideran trascendental el trabajo con la familia; y finalmente *Sobre que cambiarían*, mencionan situaciones que los limitan sobre las cuales tratan de tomar estrategias dentro de sus alcances.

Entre las consideraciones finales más relevantes: Los enfermeros consideran que sus funciones y actividades cotidianas son importantes por tratarse del cuidado de pacientes con un compromiso significativo de su salud, sobre el cual son conscientes de la necesidad de su desarrollo profesional, y la trascendencia del trabajo con la familia, sintiendo satisfacciones frente al restablecimiento de la salud, desarrollan sus turnos existiendo situaciones que limitan sus cuidados, tomando estrategias, salvaguardando la importancia de sus cuidados, colocándolos en situaciones de riesgo emocional.

Palabras clave: Cotidianidad del cuidado de enfermería, Paciente crítico, Enfermero intensivista.

SUMMARY

Research on "Daily life of nurses who provide care to Critical Patient in Hospital San Juan Lurigancho, 2015" seeking to promote reflection and reassessment of their work.

Objective: To reveal the daily life of nurses who provide care to critically ill patients.

Methodology: Qualitative, descriptive and exploratory research nurses to reach saturation an unstructured interview based on a theme guide was applied. Five nurses constituted the study sample saturation. The recordings were transcribed, classified and analyzed.

Final Thoughts: The categories listed were: Decision to be critical care nurse, in which the sense of vocation stands towards the care and sense of refinement for its development; Being a nurse in the intensive care unit where the nurse expresses their professional development oriented care of the person which receives satisfaction; About functions and activities carried out, in which they describe their activities considering their responsibilities; On the importance of its functions and activities, which emphasize the importance of the immediacy of their care, especially during patient admission and taking strategies for the benefit of the patient; What they think and feel about their functions and activities, which say they feel satisfaction despite the limitations of the medium, directing them to risk behaviors and strategies that safeguard their care; On his relationship with other professionals and / or workers, show that there is a relationship of mutual respect, communication and definition of roles, not perceived difficulties at that level; On patients and their families, which they consider vital work with family; and finally on that change, the limit mentioned situations over which they try to make strategies within its scope.

Among the most important final considerations: The nurses consider their functions and daily activities are important because it is the care of patients with a significant commitment to their health, which are aware of the need for professional

development, and the importance of the work with family, feeling of satisfaction against the restoration of health, develop their shifts situations exist that limit their care, taking strategies, the importance of safeguarding their care, placing them in situations of emotional risk.

Keywords: Daily life of nursing care, Critical Patient, Critical Care Nurse.

PRESENTACIÓN

Desde la perspectiva científica la construcción de conocimiento en función a una descripción del mundo que nos rodea trasciende dado que el hombre se desarrolla en medio de espacios y circunstancias que facilitan y obstaculizan su vivir diario, es así que el estudio de la vida cotidiana, llena de particularidades y subjetividades es importante por tanto las interacciones sociales y modos de pensamiento y de vida de cada persona hace historia a modo social y compartido.

De esta manera el vivir cotidiano del especialista que brinda cuidados a pacientes críticos toma un matiz significativo, dentro de la particularidad que envuelve la convivencia constante con situaciones dependencia total de otro ser humano y su expectante situación de enfermedad frente a la potencial muerte.

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente estudio pretende dar claridad a la siguiente pregunta: “¿Cómo transcurre la cotidianidad de los Enfermeros que brindan cuidados al Paciente Crítico, en el Hospital San Juan de Lurigancho, año 2015?”.

Es por ello que el presente tiene como objetivo “Develar la cotidianidad de los enfermeros que brindan Cuidados a Pacientes Críticos, del Hospital San Juan de Lurigancho, servicios de UCI y UCE, año 2015”, para ello será una Investigación de enfoque cualitativo de diseño Descriptivo-exploratorio, se realizará en enfermeros especialistas en cuidados intensivos, y tiene por propósito ofrecer una exploración fructífera que permita proporcionar una información nueva y actualizada siendo un facilitador de información para la gestión activa en un marco de mejora del servicio y humanización del cuidado.

La estructura del presente trabajo es la siguiente: en el primer capítulo veremos el planteamiento y formulación del problema, los objetivos, el propósito de la investigación; en el segundo capítulo, los antecedentes del estudio, la base teórica conceptual seleccionada, categorías de estudio; en el tercer capítulo, el diseño metodológico que comprende tipo y nivel de la investigación, metodología, el

escenario de estudio, sobre los informantes, la técnica de recolección de datos, el análisis e interpretación de datos y las consideraciones éticas; en el cuarto capítulo, las categorías emergentes y su discusión; y en el quinto capítulo, las consideraciones finales y las recomendaciones. Al finalizar se presenta las referencias bibliográficas y anexos complementarios.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	5
SUMMARY	7
PRESENTACIÓN	9
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	13
1.1 Situación problemática.	13
1.2 Formulación del problema.	15
1.3 Justificación	15
1.4 Objetivos	16
1.4.1 Objetivo general	16
1.4.2 Objetivos específicos	16
1.5 Propósito	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1 Antecedentes	18
2.2 Bases teóricas	21
2.3 Referentes teóricos	28
2.4 Categorías de estudio	28
CAPÍTULO III TRAYECTORIA METODOLÓGICA	29
3.1 Tipo y diseño de la investigación	29
3.2 Lugar de estudio	29
3.3 Población de estudio	30
3.4 Unidad de análisis	30
3.5 Criterios de selección	30
3.5.1 Criterios de inclusión	30
3.5.2 Criterios de exclusión	30
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
3.7 Plan de recolección de datos	31
3.8 Procedimiento para el análisis de los discursos	31
3.9 Aspectos éticos de la investigación	32

CAPÍTULO IV: CATEGORIAS Y DISCUSIÓN	33
4.1 Categorías emergentes y discusión	33
4.1.1 Decisión de ser enfermero intensivista	33
4.1.2 Ser enfermero en la unidad de críticos	35
4.1.3 Sobre las funciones y actividades que realizan	37
4.1.4 Sobre la importancia de sus funciones y actividades	38
4.1.5 Sobre lo que piensan y sienten respecto de sus funciones y actividades	40
4.1.6 Sobre su relación con otros profesionales y/o trabajadores	45
4.1.7 Sobre los pacientes y sus familiares	46
4.1.8 Qué cambiarían	49
 CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES	 51
5.1 Consideraciones finales	51
5.2 Recomendaciones	53
5.3 Limitaciones	54
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 55
ANEXOS	58

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática

La Unidad de Paciente Crítico es un servicio destinado a acoger a aquellos pacientes gravemente enfermos, o con posibilidades de evolucionar a la gravedad, así como también a aquellos pacientes que son sometidos a cirugías de mayor riesgo y, que, por lo tanto, requieren una observación más estricta de sus funciones vitales.

De esta manera el paciente grave o crítico, es aquel que tiene afectado uno o más sistemas de su cuerpo, lo que lo pone en riesgo vital o en riesgo de quedar con graves secuelas, siendo un paciente dependiente necesitado de cuidados especializados de enfermería.

En enfermería son las teorías las que guían su práctica e investigación, la enfermería se desarrolla en la interacción con las personas es así que, respecto a la teoría de Parse, Marriner (2010), refiere: “cuando la gente verbaliza sus realidades, también verbaliza sus prioridades de valores y significados, (...), los seres humanos crean pautas en la vida diaria y que esas pautas dicen mucho acerca de sus significados y valores personales, (...), las personas cambian continuamente y se desarrollan en la medida a medida que se comprometen y eligen entre infinitas posibilidades sobre cómo ser, que actitud o enfoque adoptar, con quien relacionarse y que intereses o conceptos examinar.” (p.507, 508, 509)

De esta manera en el ámbito de la investigación es importante “hacer saber que construir un sistema de convenciones y elaborar una descripción honesta del mundo es justamente la tarea del pensamiento científico” (Martínez, 2008, p.37)

Se reconoce que el hombre “nace en un mundo social organizado y crece en él. Que en su vida cotidiana aprende experiencias de todo tipo; adquiere cierto conocimiento de este mundo y sus instituciones. Los objetos de este mundo le interesan, sobre todo, en la medida en que determinan su propia orientación y le facilitan u obstaculizan la realización de sus planes, los cuales se constituyen en un elemento referente, de visión, de la realidad y de su actuar ante la vida misma, es decir una mirada en la que se significan como fuente de códigos, valores, etc.” (Martínez, 2008, p.40)

“Puede, entonces afirmarse que el contexto en el que desenvolvemos nuestra vida cotidiana está cargada de particularidades y subjetividades que son trascendentes aunque, a simple vista, ello no parezca así.” (Villegas, 2011, p. 41)

Es por ello que en los servicios de cuidados críticos la convivencia cotidiana en la interacción con los otros profesionales, la condición de dependencia del paciente, permite observar la interacción enfermero con su entorno desde una perspectiva única y a su vez la capacidad del personal de enfermería para sobrellevar y dar significado a situaciones que se viven en el hacer diario, en estos servicios. Comprendiendo que “La situación de enfermería es donde todo se conoce y se realiza en enfermería, y se conceptualiza como la experiencia vivida y compartida donde los cuidados entre la enfermera y la persona cuidada potencian a la persona, ... es lo que está en la mente de la enfermera siempre que su intención sea cuidar. ” (Marriner, 2010, p. 369)

Ante esto, al observar actitudes y frases de enfermeros que mencionan: “Uno menos para mi turno”, “¿Por qué no se va?, está sufriendo”, “¿será que ha

hecho algún daño y lo está pagando?”, “bueno, es que estaba viejito, mejor así”, refiriéndose al paciente que ingresa, fallece o se encuentra en situación de agonía, en el servicio. ¿Qué es lo que viven y experimentan en su quehacer diario los enfermeros que laboran en las salas de críticos?, ¿Será que el enfermero ante la frecuencia de observar el dolor y sufrimiento de los pacientes y familiares se acostumbra a ello?, ¿ Utilizan mecanismos de afronte para evitar que situaciones agobiantes causen mella en su ser?, ¿Cómo es un día común de labor para los enfermeros que trabajan en las salas de críticos?, ¿Qué sienten o experimentan los enfermeros frente a las actividades que realizan?, ¿Cómo conciben el trabajo que realizan?

1.2 Formulación del problema

¿Cómo transcurre la cotidianidad de los enfermeros que brindan cuidados al paciente crítico, en el Hospital San Juan de Lurigancho, año 2015?

1.3 Justificación

“Cuando un individuo no se ve como autor de la historia, su vida cotidiana hace historia cuando trasciende del ámbito personal, y se des-individualiza. En consecuencia, es importante revalorar las subjetividades que se expresan en la vida cotidiana, pues las mismas se construyen en el contexto de las interacciones sociales a través de las cuales cada persona socializa sus modos de vida y modos de pensamiento.” (Villegas, 2011, p.40)

Es por ello importante conocer y explorar la importancia y/o trascendencia de las experiencias cotidianas de las personas que brindan cuidados especializados, a pacientes críticos, dado que conociendo y revalorizando su quehacer, se plantearían estrategias que promuevan la reflexión, que salvaguarden la salud física y mental, y que fomenten actitudes resilientes, que favorezcan la interacción adecuada con los demás profesionales y el cuidado oportuno y de calidad del paciente críticamente enfermo.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- Develar la cotidianidad de los enfermeros que brindan cuidados a pacientes críticos del Hospital San Juan de Lurigancho, servicios de UCI y UCE, año 2015.

1.4.2 Objetivos específicos

- Describir que realizan comúnmente en es una jornada laboral, los enfermeros que brindan cuidados a pacientes críticos del Hospital San Juan de Lurigancho, servicios de UCI y UCE, año 2015.
- Describir que funciones y actividades consideran que son más importantes de realizar para los enfermeros que brindan cuidados a pacientes críticos del Hospital San Juan de Lurigancho, servicios de UCI y UCE, año 2015.
- Describir que funciones y actividades consideran que son menos importantes los enfermeros que brindan cuidados a pacientes críticos del Hospital San Juan de Lurigancho, servicios de UCI y UCE, año 2015.
- Describir que piensan y sienten los enfermeros respecto de las actividades que realizan los enfermeros que brindan cuidados a pacientes críticos del Hospital San Juan de Lurigancho, servicios de UCI y UCE, año 2015.
- Describir que les gustaría cambiar respecto de las funciones y actividades que realizan los enfermeros que brindan cuidados a pacientes críticos del Hospital San Juan de Lurigancho, servicios de UCI y UCE, año 2015.

1.5 Propósito

La presente investigación tiene como propósito ofrecer una exploración fructífera que permita proporcionar una información nueva y actualizada, ser un facilitador de información para la gestión activa en un marco de mejora del servicio y humanización del cuidado, para que la institución revalore las necesidades humanas del personal, y promueva la sensibilidad y calidez en la atención de sus usuarios.

Así mismo pretendo brindar información nueva, siendo un referente en lo que ha cuidados de enfermería respecta a fin de que se modifiquen, promuevan y/o mantengan las actividades y que se reconozca su influencia en la formación de nuevos profesionales, que participan en nuestra institución.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Dentro de la búsqueda de antecedentes es importante rescatar el estudio realizado por:

Marisol Consuelo Amaro Proa, realizó el estudio titulado: “Significado del cuidado de enfermería en las enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. EsSalud” en el año 2004, cuyo objetivo fue Explicar el significado de “cuidado de enfermería” expresado por las enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud el año 2003. El estudio fue cualitativo. Y la población de estudio estuvo conformada por enfermeras de los servicios de Ginecología 7º “A”, Cirugía 4º “B” del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. EsSalud. La técnica utilizada para abordar el presente trabajo fue la entrevista personalizada. Dentro de los hallazgos destacan:

“emerge como una de las ideas centrales, la inclinación humanística que resalta en el significado de "cuidado de enfermería" obteniéndose como discurso del sujeto colectivo a lo siguiente: ...es brindar un trato amable (...) con calidez (...) apoyo emocional desde que le estoy poniendo por ejemplo una ranitidina (...) o en el reporte (...) en que uno le toca el hombro nace la confianza (...) que se sienta como en su casa.... Siendo conocedores que en los servicios donde laboran, se caracterizan además por la ejecución de múltiples procedimientos técnicos (...) que esté listo y bien preparado para la realización de un procedimiento por ejemplo para una TAC(...)ver la medicación y un

adecuado procedimiento de acuerdo a las especialidad)... Consideran que por ser profesional de la salud han de sentir calor humano,... brindarle cariño y afecto a través de vuestros conocimientos,... satisfacer sus necesidades con fundamento científico”.

Julia Elena Mallma Cotrado, quien realizó el estudio titulado: **“Vivencias de la Enfermera en el cuidado del paciente moribundo en la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.”**, Agosto 2004 a Enero 2005, cuyo objetivo fue describir, Comprender e Interpretar las Vivencias de la enfermera en la Atención al paciente moribundo. El estudio fue Cualitativo Fenomenológico interpretativo. La población de estudio estuvo conformada por 14 enfermeras asistenciales. Se utilizó la entrevista a profundidad como técnica de recolección de datos.

Dentro de las conclusiones destaca:

“Frente a la reacciones emocionales como dolor, pena, sufrimiento de la familia, las enfermeras muestran una actitud de alejamiento hacia la familia... lo cual impide brindarle un enfoque holístico en el cuidado integral.” (Mallma, 2005, p. 65)

Flor de Maria Ccora Asto, quien realizó el estudio titulado: **“Actitud de la Enfermera cuando brinda cuidados al paciente en riesgo de muerte inminente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas., Diciembre 2006”**, Lima Perú 2010, cuyo objetivo fue, Identificar la Actitud de la enfermera cuando brinda Cuidados al paciente en Riesgo de muerte inminente en la Unidad de Cuidados Intensivos del INEN. El estudio es una investigación de tipo cuantitativo método descriptivo de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por 12 enfermeras que laboran en la unidad de cuidados intensivos del INEN. La técnica que se utilizo fue la entrevista a profundidad.

Rescatando la siguiente conclusión:

“El 25% de enfermeras que tienen alguna especialidad tienen una actitud positiva cuando brindan cuidados al paciente en riesgo de muerte inminente y 62,5% de enfermeras tiene una actitud negativa, lo que predispone a una inadecuada atención al paciente en resigo de muerte inminente.” (Ccora, 2006, p. 72)

Milagros San Bartolomé Cahuas, quien realizó el estudio titulado: **“Vivenciando la Hospitalización por Aneurisma Cerebral: Un Enfoque Heideggeriano.”**, Lima 2009, cuyo objetivo fue, Comprender las Vivencias del Paciente con Aneurisma cerebral durante su Hospitalización en el servicio de Neurocirugía del HNERM. El estudio fue una investigación aplicativa de tipo cualitativo y enfoque fenomenológico. Dentro de las consideraciones finales se destaca:

“El ambiente de UCI provoca incomodidad en la mayoría de los entrevistados, la luz, los ruidos, el ambiente limitado, el reposo obligado y principalmente el frío extremo del aire acondicionado, provocan reacción de rechazo al ambiente. Esto último se corrobora en la observación participante, ya que el aire acondicionado se encuentra encendido incluso en altas horas de la noche, sin tener en consideración la comodidad del paciente. De otro lado, el ambiente altamente lleno de estímulos luminosos generó insomnio en varios de los pacientes a los que se les debía administrar algún tratamiento oral para favorecer su sueño. Por todo ello, los entrevistados manifestaron sentirse más a gusto en los ambientes de la Unidad General, pues se sentían con mayor libertad y controlaban de acuerdo a sus palabras un ambiente para la “recuperación psicológica, (...), cuando el hombre no enfrenta una sensación angustiante se encuentra abstraído en cosas de la vida diaria que le impiden llegar a su esencia.” (San Bartolomé, 2009, p.68)

Cristina Ysabel Paredes Menacho, quien realizó el estudio titulado: **“Procurando la Donación de Órganos: Vivencias de Enfermería.** Lima 2009, que tuvo por objetivo, Explorar las Vivencias de las Enfermeras que trabajan en Busca de un Donante de órganos. El estudio es una investigación de tipo cualitativo, historia de vida de acuerdo a la naturaleza del fenómeno a investigar, de nivel aplicativo. De la cual se rescata la siguiente consideración final:

“Finalmente, las enfermeras sienten la trascendencia de su trabajo por la relación de ‘ayuda’ que proporcionan, en primer lugar por saber entender el duelo de los familiares y saber encaminar el dolor de haber perdido a un ser querido y verlo compensado con la vida que van a dar a otros y seres humanos, esto constituye la vivencia central de la enfermeras de PROCURA: basan su intervención en uno de los principios de la filosofía del CUIDADO ENFERMERO que es ‘sentir con el otro’.” (Paredes, 2009, p. 45)

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Aspectos teórico conceptuales cuidados al paciente crítico

2.2.1.1 El cuidado de enfermería

“En este momento la enfermería es una ciencia emergente, el método científico es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y el objeto de estudio enfermero se centra en el cuidado en su dimensión más amplia.”(Hernández, 2004, p. 3)

Es así que, “El proceso de enfermería es una herramienta necesaria que se sustenta en el método científico y se apoya en las teorías de la ciencia de enfermería, mediante el cual se brindan los cuidados de enfermería en la práctica de la disciplina profesional, siendo idóneo por sus características de dinamismo, secuencialidad, medición, facilidad de aplicación y juicio crítico.” (Reina, 2010, p. 22)

Por lo tanto, “La enfermera debe incorporar un cuerpo de principios científicos en el que basar sus decisiones para utilizarlo en la situación adecuada con el paciente. La observación sensible y la selección de los datos relevantes son la base para decidir qué acciones de enfermería deben realizarse. La enfermera participa activamente en el entorno del paciente y gran parte de sus acciones favorecen los ajustes que el paciente realiza mientras lucha contra la enfermedad.” (Marriner, 2010, p. 230)

2.2.1.2 La unidad de cuidados intensivos

“La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos

los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico, La UCI puede atender a pacientes quienes requieren un menor nivel de cuidados.” (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, p.6)

MINSA define los cuidados intensivos, en su Norma Técnica, como una Unidad Orgánica (servicio o unidad –UCI-) que brinda atención de salud especializada en Medicina Intensiva al paciente críticamente enfermo en condición de inestabilidad y gravedad persistente. Y la unidad de cuidados intermedios para el paciente críticamente enfermo en condición de estabilidad pero que su estado aun reviste gravedad, proporciona atención que no puede ser brindada en las unidades de Hospitalización común, pero que no justifica su admisión o continuidad en Cuidados Intensivos.

De esta manera, la admisión de un paciente a la UCI debe considerar su potencial recuperativo, definiéndose como paciente con potencial recuperativo al “paciente crítico cuya gravedad no es consecuencia de un estadio de una enfermedad incurable en estado terminal.” (MINSA, 2005, p. 5)

Según la norma técnica peruana los servicios de cuidados intensivos funcionaran en forma permanente las 24 horas del día. Estarán a cargo del médico especialista en Medicina Intensiva. En los establecimientos de nivel II-2, el servicio de Cuidados Intensivos dependerá del Departamento de Emergencia y Áreas Críticas u órgano estructural que haga sus veces. Los profesionales del Servicio de Cuidados intensivos e Intermedios deben resolver las interconsultas de los diferentes Servicios del establecimiento, y realizar los procedimientos que le son requeridos, tales como cateterismo venoso central, intubación endotraqueal, manejo de la vía aérea, etc.

Los profesionales del Servicio de Cuidados Intensivos e Intermedios en coordinación con el Servicio de Emergencia y Servicio de

Anestesiología, conducen la Red de Procesos de Cuidados Críticos, que comprende: reanimación cardiopulmonar Cerebral avanzada y prolongada, soporte ventilatorio agudo y crónico prolongado, trauma y neurointensivismo y soporte hemodinámico y cateterismo vascular.

La Red tiene la finalidad de optimizar el proceso de atención con un enfoque integral y sistémico, tanto en el propio establecimiento como en la red hospitalaria. Articula los procesos administrativos entre los cuales está el de costos en un campo o área específica de los cuidados críticos. Los servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios estarán ubicados de preferencia próximos a la Emergencia, Centro Quirúrgico, Laboratorio e Imágenes, ubicándose en una zona aislada acústicamente de los ruidos y circulación del público. El servicio de Cuidados Intensivos de los hospitales de nivel II-2 contará con un número de camas que corresponderá al 5% u 8% del total de camas hospitalarias.

2.2.1.3 Paciente crítico

Según la OMS el estado crítico, es la situación en la cual la persona está en riesgo momentáneo o continuo de perder la vida o deterioro importante de la calidad de vida por una condición específica, configurando un estado de gravedad persistente que requiere monitorización y tratamiento continuo. Aquel cuya supervivencia está en peligro o puede llegar a estarlo, debido a cualquier proceso patológico que haya incidido sobre su nivel o estado de salud, cuyo tratamiento se precisa un nivel de asistencia que no puede conseguirse en una unidad convencional de hospitalización.

“Es importante comprender que el deterioro de las condiciones de salud de un individuo puede llegar a reunir diversos factores hasta el punto de requerir unos cuidados especializados, como los que se ofrecen en las unidades de cuidado crítico. Esto trae como consecuencia una serie de reacciones emocionales frente a la enfermedad, y más deterioro en la condición física, cognitiva, psicosocial y espiritual, por la dependencia

total de la que se es objeto, y por la inmovilización prolongada a la que se es sometido.” (Gómez, 2008, p. 2)

Por tanto, “paciente crítico es aquel individuo que, por padecer una enfermedad aguda o una reagudización de una enfermedad crónica, manifiesta signos y síntomas que, en su conjunto, expresan la máxima respuesta posible de su organismo ante la agresión sufrida. Todo esto en presencia de otro individuo que es capaz de interpretar estas manifestaciones... un paciente en estado crítico muestra, en todos los órganos y sistemas evaluados, un comportamiento variable según el tipo de injuria, el tiempo de evolución de la misma y los antecedentes del propio paciente.” (Turchetto, 2005, p.52)

2.2.1.4 El enfermero intensivista

El enfermero asistencial del Servicio de Cuidados Intensivos e Intermedios debe (MINSA, 2005, p. 9):

- Tener la especialidad de Enfermería Intensiva debidamente registrada en el Colegio de Enfermeros del Perú.
- Certificado / constancia de participación en actividades de capacitación referidas a la especialidad.
- Laborar en forma exclusiva en el Servicio de Cuidados Intensivos o Intermedios conformando los equipos de trabajo en turnos de 6 ó 12 horas en concordancia con las normas legales vigentes.

La dotación del personal de enfermería en Cuidados Intensivos del Adulto, será por turno de 01 enfermero jefe del servicio, un enfermero asistencial por cada 03 pacientes, un técnico de enfermería por cada 06 pacientes y 01 técnico de enfermería para apoyo administrativo.

2.2.1.5 Cuidados de enfermería en paciente crítico.

La enfermera sabe lo importante que es controlar cada detalle en el cuidado de un enfermo, aunque las unidades de cuidado intensivo deben trabajar veinticuatro horas diarias sin interrupciones y están diseñadas

para hacerlo, es bueno buscar los medios, para disminuir en lo posible las agresiones del entorno, como son el ruido, y las luces, la atenuación de la intensidad de las restantes contribuye a aplacar la angustia y el estrés que inevitablemente genera el solo hecho de hallarse hospitalizado en un sector tan especial como la UCI.

La enfermera enfoca sus cuidados a la supresión de necesidades, veremos pues que los pacientes expresan diversos tipos de necesidades que no solo se enfoca en el estado fisiológico deteriorado, aunque suele ser este el principal objeto de valoración, sin embargo las necesidades de comunicación, de personalización, de seguridad y espirituales y fisiológicas también se ven afectadas. “los enfermos necesitan confiar y confían en la seguridad, los conocimientos y en la profesionalidad del agente sanitario, describen sensaciones de seguridad, tranquilidad y confianza hacia la tecnificación del entorno y hacia los profesionales.” (Enfermería global, 2008, p.6)

Según la norma técnica del MINSA (MINSA, 2005, p.13):

- La enfermera intensivista brinda atención especializada integral y continúa al paciente durante su permanencia en Cuidados Intensivos o Intermedios en base al proceso de atención de enfermería (PAE).
- Realiza acciones según su competencia, comunicando oportunamente al médico intensivista los hallazgos encontrados, las alteraciones presentadas y las acciones ejecutadas.
- Realiza los respectivos registros de manera completa y adecuada en la hoja de monitoreo del paciente y registros respectivos.

“Finalmente, esto pone de manifiesto el valor preponderante del factor humano en la distinción y seguimiento del paciente crítico. La tarea de los profesionales destinados al cuidado de estos pacientes, sustentada por su entrenamiento, motivación y disposición, no puede ser suplantada con equipamiento alguno, por lo que su importancia, radica no sólo en la

cantidad sino principalmente en la calidad de su formación.” (Turchetto, 2005, p. 57)

2.2.2 Aspectos generales sobre cotidianidad

2.2.2.1 La cotidianidad

“La cotidianidad se define por la familiaridad con que el estar-ahí se mueve primariamente en un mundo en que se encuentra con entes conocidos con los que esta principalmente familiarizado de alguna manera. Esa naturalidad de los entes y de nuestro tráfico con ellos no deja de verse interrumpido de vez en cuando por distorsiones inherentes al habérmolas cotidiano con las cosas, las roturas o averías en los enseres, que los hacen inservibles, o incluso la muerte de los semejantes que se aprehende cotidianamente como una falta o hueco en el tráfico cotidiano con los demás. Tampoco la familiaridad se quiebra cuando surge de forma repentina lo extraordinario, lo asombroso, con lo que no se contaba en absoluto, o lo simplemente extraño, porque la cotidianidad integra lo absolutamente nuevo igualándolo a lo demás conocido.” (Uscatescu, 1995, p. 37)

“la cotidianidad es la forma de existir, el modo primordial con que el estar ahí se enfrenta a los entes en general, y en su totalidad. (...), en la estructura de la cotidianidad tenemos el comportamiento... que se compone de una percepción y de una comprensión del ser del ente, sin olvidar elemento afectivo o temple.” (Uscatescu, 1995, p. 33)

“la coherencia del mundo cotidiano, su naturalidad hace que en él nos encontremos a gusto, cómodos, porque sabemos a qué nos atenemos: todo se desarrolla regularmente, y cuando algo insólito aparece, la propia tendencia a la nivelación lo equipara a lo conocido manejable.” (Uscatescu, 1995, p. 40)

La cotidianidad en cuanto tal es éticamente neutral, las acciones o reflexiones que se ejecuten cotidianamente, es decir, en el modo cotidiano

de existir no son susceptibles de recibir predicado moral alguno. (Uscatescu, 1995, p. 32)

Vamos a ver que, en el contexto en que el hombre se desenvuelve la vida cotidiana está cargada de particularidades y subjetividades que son trascendentes aunque, a simple vista, ello no parezca así. Al valorar las subjetividades como expresiones de la vida cotidiana visualizamos el carácter histórico de esta ya que “las actividades particulares contribuyen a procesos de producción y reproducción social”. (Salgueiro, 1988, p. 35)

Asimismo, la descripción densa permite presentar el fenómeno en toda la riqueza de sus detalles e implicaciones, abarcando sus relaciones contextuales y sus diferentes niveles de significado, por lo tanto, ha de ser detallada, minuciosa, profunda y contentiva de todos los detalles explícitos y significados subyacentes, concernientes a la situación social que está siendo descrita, además deber informarnos tanto de los detalles como de las intenciones significativamente implicadas en las conductas de los protagonistas de la situación social que observamos, de modo que puedan ser develados tanto sus estructuras de significación como los vínculos que se dan con el contexto en donde ella tiene lugar. (Villegas, 2011, p. 41)

2.3 Referentes teóricos

Cuidado de enfermería

Son las funciones y actividades que desarrolla la enfermera especialista en cuidados intensivos, que tiene bajo su responsabilidad pacientes críticos.

Paciente crítico

Es la persona en total dependencia, con el estado de salud en deterioro y riesgo potencial de muerte.

Enfermero intensivista

Es el licenciado en enfermería con especialidad en cuidados intensivos, que labora en el servicio de cuidados críticos, UCE y UCI.

Cotidianidad del cuidado

Es la descripción de las situaciones, relaciones, pensamientos, que vive común y constantemente dentro de su servicio, durante el cuidado de pacientes críticos.

2.4 Categorías de estudio

- Decisión de ser enfermero intensivista
- Ser enfermero en la unidad de críticos
- Sobre las funciones y actividades que realizan
- Sobre la importancia de sus funciones y actividades
- Sobre lo que piensan y sienten respecto de sus funciones y actividades
- Sobre su relación con otros profesionales y/o trabajadores
- Sobre los pacientes y sus familiares
- Que cambiarían

CAPÍTULO III

TRAYECTORIA METODOLÓGICA

3.1 Tipo y diseño de investigación

La presente investigación es de enfoque cualitativo de diseño descriptivo – exploratorio. Se realizó en enfermeros especialistas en cuidados intensivos en el Hospital San Juan de Lurigancho.

3.2 Lugar de estudio

El Hospital San Juan de Lurigancho, ubicado en el pujante distrito de San Juan de Lurigancho, viene trabajando al Servicio de la Salud de la población, desde el 08 de Julio del 2005 que son reconocidos oficialmente como Hospital, incrementado la cobertura y capacidad resolutive, hasta de mediana complejidad; y en la actualidad continúa ampliándose la oferta al haberse ampliado nuevas especialidades médicas y quirúrgicas para satisfacer los requerimientos de los usuarios.

Es un Hospital en el ámbito en la jurisdicción de la Dirección de Salud Lima Este IV, con infraestructura moderna y equipos de alta tecnología, personal especializado, con prioridad en los grupos más vulnerables.

En la estructura orgánica tenemos cinco unidades y diez servicios: Consulta Externa y Hospitalización, Medicina, Cirugía y Anestesiología, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Odontostomatología, Enfermería, Emergencia, Apoyo al Diagnóstico y Apoyo al Tratamiento.

El Servicio de Emergencia tiene bajo su responsabilidad la forma física de las Unidades de Emergencia Adulto y Emergencia de Pediatría, UCE y UCI. La UCI y la UCE cuentan con la presencia de una Licenciada en enfermería especialista en cuidados intensivos que a su vez mantiene la función de Coordinadora.

El Servicio de Emergencia cuenta con un aproximado de 48 enfermeros, de los cuales 11 laboran en el servicio de UCI y UCE, siendo 9 enfermeros, en total, especialistas en Cuidados Intensivos.

3.3 Población de estudio

En ésta investigación el número de participantes se obtuvo mediante la técnica de “Saturación de la muestra”, que se refiere a la instancia en la que el investigador aunque continúe realizando entrevistas u observaciones, ya no obtiene información nueva, dejando de surgir, sea porque el discurso o los hechos observados se repiten en el tiempo y contenido. Este método se utiliza para conocer particularmente bien a un grupo de personas.

3.4 Unidad de análisis

La unidad de análisis fueron las expresiones sobre las situaciones, las actividades, las conceptualizaciones y los pensamientos que tienen respecto al desarrollo de sus funciones y actividades que realizan y viven diariamente los enfermeros especialistas en cuidados intensivos en sus respectivos servicios.

3.5 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Enfermeros especialistas en Cuidados Intensivos de UCI y UCE.
- Profesionales de ambos sexos.

Criterios de exclusión

- Enfermeros que no deseen participar en la investigación.
- Enfermeros especialistas en otras áreas, que tengan a su cargo el cuidado de pacientes críticos.

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó fue la entrevista a profundidad donde el entrevistador utilizó una entrevista abierta con la que abordó a cada sujeto de estudio (VER ANEXO A).

El cometido del entrevistador consistió en motivar a cada participante a expresarse con libertad acerca del tema de la guía y registrar las respuestas, en una grabadora de voz con el objetivo de mantener la información en forma física que favorezca el análisis, asimismo se mantuvo la técnica de observación durante la realización de su labor y la entrevista.

3.7 Procedimiento de recolección de datos

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó el trámite administrativo respectivo solicitando autorización para el inicio de actividades que precisa la investigación a través de un oficio dirigido al Director de la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital San Juan de Lurigancho, otorgándose lo solicitando en el campo de investigación.

3.8 Procedimiento para el análisis de los discursos

Se estuvo pendiente de lo que hace, lo que dice, y lo que expresa el sujeto de estudio, y así pudo apreciar lo regular y lo significativo de cada aspecto de su quehacer cotidiano, mediante el uso de una grabadora.

Con la finalidad de facilitar el análisis e interpretación de los discursos se realizó la posterior a desgrabación de cada entrevista (ANEXO D), se organizó un listado de todos los temas y tópicos encontrados en las entrevistas. A partir de éstos se optó por una línea argumental, destacando un tema que se considere de mayor interés, y responda a los objetivos, para la elaboración de categorías. Las categorías fueron surgiendo a medida que se relacionaron las unidades de análisis, según su contenido.

3.9 Aspectos éticos de la investigación

“En el contexto de la investigación de la vida cotidiana de cualquier actor o fenómeno, se hace necesario saber que lo que caracteriza a la investigación cualitativa no es la perfección forzada sino la honestidad, la rigurosa metódica, la reflexión crítica y permanente desde y sobre lo cotidiano. De manera tal que se comprenda que formarse como investigador es un proceso de vida natural que reconoce su vida cotidiana, pero que hace reflexión de todo lo que en ella acontece. Igualmente, la contratación de o percibido, lo interpretado bajo la mirada de quien hizo de sujeto investigado. Es decir, no se puede llegar a hacer el análisis de datos sin buscar que quienes nos suministraron la información la puedan aprobar previamente.” (Villegas, 2011, p. 48), esto referente a la confidencialidad de la información.

Respecto a la autonomía y la beneficencia en estudios cualitativos se consideró que “La autonomía se refiere a la capacidad individual de elegir, actuar, y decidir frente a ciertas alternativas y premisas morales; en la investigación biomédica esta autonomía individual se expresa a través del consentimiento informado. La beneficencia corresponde a procurar el bienestar de la persona, principio que aplicado al campo de la investigación biomédica se limita a no causar daño, ni a exponer al sujeto de estudio a situaciones que perjudiquen su integridad física o moral y en consecuencia impidan el ejercicio de su libertad.” (Alarcón, 2003, pag.10)

Frente a ello, para realizar el presente estudio se consideró la autorización de la Institución (ANEXO B) y el Consentimiento Informado (ANEXO C) de los sujetos estudio, así como la visualización, lectura del texto desgrabado y su aprobación por parte de cada participante.

CAPÍTULO IV

CATEGORÍAS Y DISCUSIÓN

4.1 Categorías y discusión

“Las observaciones están cargadas de conceptos; es decir, una observación está influida por los valores y las ideas que están en la mente del observador. ... el ejemplo del químico y el niño,... caminan juntos y pasan por delante de una fundición. El químico capta el olor de dióxido sulfúrico y el niño dice que huele a huevos podridos. Los dos observadores del ejemplo respondieron a la misma observación, pero con interpretaciones totalmente distintas.” (Marriner, 2010, p.19)

Es así que consideraremos lo siguiente “la teoría determina lo que deben hacer las observaciones y como deben entenderse, y la observación pone en duda las estructuras teóricas aceptadas.” (Marriner, 2010, p.20)

De esta manera, se presenta a continuación la descripción y discusión de las categorías desprendidas del estudio, comprendiéndolas desde la revisión de algunas Teorías de Enfermería, y la Filosofía de la Asistencia de Kari Martinsen.

4.1.1 Decisión de ser enfermero intensivista

“La decisión de estudiar cuidados intensivos es porque siempre eh tenido la idea de que es una área más completa” U1

“Estudie la especialidad porque es el área más crítica que atiende a un paciente, un ser humano” U2

“Opte por cuidados intensivos porque es un servicio en donde se puede tener un poco más el control de las cosas... elegí UCI porque en la uci hay un poco más de control.” U3

“Tuve la oportunidad o la mala experiencia digamos de estar en una sala de espera de cuidados intensivos, a raíz de que ingreso como paciente un familiar mío,... ahí nace un poco como el bichito para estudiar sobre un área aislado, que lo veía como que el personal del servicio de uci era como el eje principal de las áreas críticas.” U4

“Yo decidí la parte de cuidados intensivos, porque pienso que es algo más profundo, más al cuidado al que yo iba, el cuidado de una persona que está imposibilitada en todos los aspectos que su parte biológica, la parte física, en lo social, psicológica.” U5

“entonces a mí me pareció que la especialidad de cuidados intensivos, es una especialidad muy interesante, muy bonita, muy rica, porque nos permite abordar, crecer, llenarnos de mayor conocimiento”U5

En esta parte los enfermeros manifiestan las características o condiciones sobre las cuales basaron su decisión para estudiar la especialidad de cuidados intensivos.

Obsérvese que el concepto de la atención a un ser humano privado o imposibilitado de su autocuidado, y la idea de la competitividad y capacidad “como eje de las áreas críticas”, “donde se tiene el control de las cosas” y es considerada “un área completa”, son ideas que manifestaron para precisar sobre su decisión en su especialización en cuidados intensivos.

Según la conceptualización de la VOCACION, de Kari Martinsen, “la vocación es una demanda ética para cuidar de nuestro semejante. Por esta razón, la enfermería requiere conocimiento profesional, junto con un perfeccionamiento personal” (Marriner, 2010, p.175)

Frente a esto diremos que la vocación se comprende presente durante la **Decisión de ser enfermero intensivista**, en los sujetos de estudio, dada su manifestación de intencionalidad sobre el cuidar de un ser humano, en condiciones de dependencia. Asimismo consideran su perfeccionamiento personal para su desenvolvimiento en un área que les demanda competencias, específicas por considerarla un área “profunda”, “completa”, “más crítica”, “donde se tiene el control de

las cosas”, “eje principal de las áreas críticas”, “nos permite abordar, crecer, llenarnos de mayor conocimiento”.

4.1.2 Ser enfermero en la unidad de críticos

“considero que el manejo del paciente es mucho más complejo, la hemodinámica, lo respiratorio, siempre eh tenido la idea que enmarca todo, ..., si manejas cuidados intensivos eres capaz de manejar otras áreas.” U1

“quizás tenemos mayor percepción de lo que es la salud y la enfermedad, porque lo vemos en los puntos críticos,.. el paciente se puede morir y en el punto crítico de está saliendo adelante; y existe bastante satisfacción en esto.” U1

“realmente se ve con ellos la parte más holística porque realmente se trabaja bastante con la familia.” U2

“creo que hay que tener vocación, valoro todo lo que hago, por eso salgo satisfecha, porque si no haría nada, por gusto es mi sueldo, por gusto mi vocación como enfermera, si me gusta, es más doy más tiempo a mi hospital” U2

“el enfermero no solamente ve la parte terapéutica, la parte científica sino también la parte espiritual,... La parte espiritual abarca más allá en los cuidados críticos, en las áreas críticas, porque ahí las personas pierden la esperanza y la fe.” U2

“Bueno entre las diferentes especialidades de enfermería, las especialidades que para mí son en donde el enfermero toma decisiones y se realiza mucho más son emergencia y UCI,” U3

“la parte biológica, que es lo que más manejamos en la UCI, pacientes que están en grave deterioro, un periodo de enfermedad agudo, que muchas veces deja de ser agudo y se convierte en crónico,... , los cuidados que le podemos brindar en UCI son más minuciosos” U5

“el intensivista es una persona que no solamente piensa en el problema sino se va a un antes y un después,... si uno lo aborda en este momento y recuperas a ese paciente, en eso momento, está bien, pero ya estamos prolongándonos al después”. U5

“el intensivista es un profesional que si escogió esa carrera es porque es más profunda,... y puede visualizar el campo y desempeñarse y aportar en muchas áreas dentro de lo intensivo, porque supuestamente si tú eres de intensivos manejas la parte respiratoria, la parte hemodinámica, la parte neurológica, ...porque las primeras especialidades que se formaron fueron, cuidados intensivos... pero posteriormente ya nacieron las otras especialidades nefrología, cardiología, y las subespecialidades que nacen a necesidad. Pero obviamente desde el momento que nace aborda muchos campos, muchas áreas y eso dice de su capacidad de acción” U5

En esta parte el enfermero manifiesta como conceptualiza o que ideas tiene sobre ser intensivista.

Kari Martinsen conceptualiza sobre el PROFESIONALISMO ORIENTADO A LA PERSONA, que consiste en “exigir un conocimiento profesional que proporcione la visión del paciente como una persona que sufre y además, que proteja su integridad.” Enfrenta la competencia profesional y la humanidad en una reciprocidad benevolente, reunida en una experiencia básica común de protección y cuidado de vida. (Marriner, 2010, p.174)

Se puede destacar la relación con lo mencionado en algunas ideas que los enfermeros refirieron acerca de lo que es para ellos **ser enfermero en la unidad de críticos**, como *“quizás tenemos mayor percepción de lo que es la salud y la enfermedad”, “el enfermero no solamente ve la parte terapéutica, la parte científica sino también la parte espiritual”, “el intensivista es una persona que no solamente piensa en el problema sino se va a un antes y un después”, “realmente se ve con ellos la parte más holística”, “los cuidados que le podemos brindar en UCI son más minuciosos”*. Es así que los enfermeros manifiestan haber desarrollado un conocimiento profesional que les proporciona la idea de un manejo complejo, de mayor percepción, mas minucioso, considerando lo holístico, todo entorno al cuidado de su paciente.

También manifiestan que ser enfermero en la unidad de críticos les brinda satisfacciones: *“existe bastante satisfacción en esto”, “sí me gusta, es más doy más tiempo”, “las especialidades... en donde el enfermero... se realiza mucho más... UCI”*.

Mencionan también la ideas acerca de su campo de acción profesional: *“la hemodinámica, lo respiratorio, siempre eh tenido la idea que enmarca todo... si manejas cuidados intensivos eres capaz de manejar otras áreas”, “si tú eres de intensivos manejas la parte respiratoria,... hemodinámica,... neurológica,... porque las primeras especialidades que se formaron fueron, cuidados intensivos... desde el momento que nace aborda muchos campos, muchas áreas y eso dice de su capacidad de acción”*. Estableciendo con cierta satisfacción que tiene un campo de acción amplio, desde su punto de vista.

4.1.3 Sobre las funciones y actividades que realizan

“En forma general, entramos, nos entregan el reporte, verificamos el estado de paciente, lo monitorizamos, sigue la atención directamente al paciente, curaciones, limpiezas, los procedimientos, notas de enfermería, la administración de tratamiento, y por ahí, conversamos con la familia,”U1

“Ingreso me reportan,... primero comienzo a monitorizar porque manejamos una sábana u hoja de monitoreo que es para cada hora, actualizo la sábana, mientras que evalúan los médicos, brindamos comodidad y confort con su baño de esponja y cuidados de piel, a las dos horas los cambios posturales, la terapéutica, el almuerzo, otra vez cambio postural a las dos de la tarde, terapéutica, el horario de visita es a las cuatro de la tarde, de cuatro a cinco, me doy un tiempo de educar a la familia” U2

“Calidad de vida son las actividades cotidianas que se hacen en cuidados intensivos la terapéutica, las movilizaciones, la alimentación, la parte espiritual, la educación familiar, el reporte, el baño de esponja, la hidratación de piel, cuidados en los invasivos, dentro de la estancia hospitalaria.” U2

“En la mañana el baño del paciente, la valoración, le vas curando las vías invasivas, la higiene de estos lugares con bastante cuidado, en eso el doctor va haciendo su RP evolucionó al paciente, cojo la historia actualizo el kardex, administro tratamiento, veo los exámenes que le están pidiendo, coordino, hago algunas notas, nuevamente vuelvo al paciente aspirándolo, moviéndolo atendiendo la necesidad que tenga en ese momento, luego vuelvo a hacer las notas, para eso ya es medio día, luego tratamiento nuevamente, atender necesidades del paciente, viene al familiar se le orienta, se le apoya, al familiar más directo o al que se ve más conmovido en particular, y así.”U3

“Llego me presento con mis colegas, recibo el reporte, comento con los médicos que sucedió con el paciente las eventualidades de cada paciente, si es que me preguntan. Abordo a mi paciente en todo lo que es el baño, el confort, lo que es el examen físico, administración de medicamentos” U5

En esta parte los enfermeros describen sus actividades cotidianas.

Abdellah considera la enfermería como un arte y una ciencia que moldea la actitud, las competencias intelectuales y las habilidades técnicas individuales de la enfermera en su deseo y su capacidad de ayudar a las personas a afrontar sus necesidades. (Marriner, 2010, p.57)

Así se observa que los enfermeros describen **sobre sus funciones y actividades que realizan**, de forma cotidiana, destacando de los diferentes diálogos; la entrega de reporte, la valoración (que involucraría el examen físico, el monitoreo de signos vitales), el baño, la alimentación, la administración de medicamentos, cambios

posturales, confort (hidratación de la piel, movilizaciones), los procedimientos (las curaciones, limpieza de invasivos,), la educación a la familia, las anotaciones de enfermería, (manejo de la hoja de monitoreo, actualización del kardex,), coordinación de solicitudes de laboratorio, y otros, coordinación con el médico.

De acuerdo con Abdellah las competencias actitudinales, intelectuales y las habilidades técnicas individuales se complementarían para satisfacer adecuadamente las necesidades de los pacientes, asimismo un tema que se abordará, por sí mismo más adelante, involucra al manejo de la participación de los familiares.

4.1.4 Sobre la importancia de sus funciones y actividades

“se recibe el reporte, verifico el tratamiento, por las mañanas hago todo lo de curación y limpieza, en relación a si están los catéteres sucios, para cambiarlos, se le cambia los sujetadores a los tubos endotraqueales, los aspiro en la mañana, para poder avanzar mis cosas, sin la preocupación de escuchar al paciente que necesita atención, porque ya lo aspiro” U1

“Cada actividad que yo realizo por más pequeña que sea en área considero que es importante, desde un cambio de posición, un tendido de cama, una aspiración de secreciones, creo que todos los procedimientos son importantes porque se complementan entre sí ..., ... si no lo movilizo si no lo aspiro si no le limpio las secreciones, todas las actividades por más pequeñas que sean en nuestro ambiente yo sí considero que son muy importantes..., ... no solamente estamos viendo los monitores, sino muchas cosas más, el paciente es mucho más complejo,” U1

“que cuando tienes un paciente critico te dedicas en todo a ese paciente, y no hay momentos de distracción, ahí está el médico de cabecera y tú te dedicas a tu paciente, para estabilizar a ese paciente, y eso sería un poco la satisfacción de atender a un ser humano,” U4

“Yo como licenciado primero veo más a los pacientes luego a los familiares, yo tengo un protocolo personal a seguir..., me gusta que mi paciente se vea bien, que este bien en mi turno, no me gusta que este con traqueotomía o con tubo y este haciendo gárgaras con sus secreciones, y yo este sentado escribiendo, me estresa a mí ,no me siento cómodo , no me puedo concentrar porque ese paciente ya está todo con secreciones, ósea primero espero que él esté tranquilo ... y sé por experiencia que me deja trabajar tranquilo... Ya mi manera de trabajo es particular, yo priorizo la gravedad del paciente.” U4

“siento que el día se pasa volando, porque muchas veces no me siento, no voy al baño por estar abordando a mi paciente, estar dando tratamiento, estar coordinando exámenes, realizando procedimientos, que se tienen que hacer que la mañana... me dedico más tiempo a mi paciente a la parte asistencial, más tiempo quizás a brindar educación al familiar” U5

En esta parte los enfermeros describen sus funciones en relación a la importancia de la actividad que desarrollan respecto a la demanda de subsanar de forma inmediata una necesidad primordial del paciente.

Ida Jean (Orlando) Pelletier, en su libro Teoría de la Práctica Enfermera Efectiva, propuso que existe una correlación positiva entre el tiempo durante el que no se cumplen las necesidades del paciente y su grado de angustia. Por lo tanto, en su teoría se hace hincapié en la inmediatez. (Marriner, 2010, p.65)

“apenas ingresa el paciente primero lo evaluamos a ver que podemos encontrar ... algo adicional que dejaron o cosas pendientes que no ha sido evaluado afuera, resultados de laboratorio, suele pasar... por ejemplo, el paciente pasa y esta con una vía infiltrada, o solo tiene una vía y tiene que pasar inotrópicos” U1

“si hay un ingreso primero se estabiliza y hay un sinfín de actividades, como administrar inotrópicos, vasoactivos, o dependiendo del diagnóstico del paciente controles de AGA, exámenes de laboratorio, imágenes, procedimientos, líneas centrales, ventilación mecánica, dependiendo de la patología del paciente, cada día es diferente” U2

“Cuando hay ingresos es diferente, la atención inicial de cómo estará el paciente cuando ingresa, el paciente esta generalmente en emergencia, en trauma shock, salimos a evaluarlo un rato, algo rápido a ver como es para preparar el ambiente, pero siempre hay algo que falta hacer ..., como colocar catéter, o volverlo a entubar, controles de AGA seriados, cada hora, y eso es un par de horas que son bien movidas, porque tienes que evolucionarlo tienes que ver sus controles, hacer el Kardex hacerle todo, coordinar sus placas, como lo han entubado, le han puesto catéter tienes que ver las placas, las ordenes de laboratorio, como te digo es un par de horas y a veces más, dependiendo también que medico esta, hay médicos que también cambian sus indicaciones y otros que son más decididos.” U3

En algunos casos relacionan la prioridad del abordaje en una situación de ingreso de un paciente a su unidad, enmarcando las actividades que frecuentemente realizan y la importancia de su inmediatez, por tratarse de una situación crítica.

“las vías las cambio en la mañana y dejo para la tarde lo que son las sondas vesicales porque considero que se necesita cambiar pero por un par de horas no va haber ningún cambio a diferencia de los catéteres que tiene que pasar tratamiento; y los estados de los paciente.” U1

“Porque el papeleo puede esperar pero la necesidad de tu paciente, no.” U4

“en la mañana es más agitado que en la tarde o en la noche, en la tarde es más tranquilo, y en la noche, se podría decir que mientras ningún paciente se complique, más complicados de lo que está o que haya agudizado su cuadro, no va demandar más trabajo o más tiempo del debido,” U5

“Al final del día ya llega la parte rígida de las notas lo que viene a ser nuestras evaluaciones, informes, los indicadores, que son documentación, y también se realiza.”U5

En esta parte los enfermeros destacan actividades que en su criterio no son trascendentalmente urgentes, por lo que mencionan que pueden esperar y las secundan en referencia a las actividades anteriormente mencionadas.

La práctica guiada por la teoría de Orlando utiliza el principio reflexivo para comprobar las inferencias, Orlando insiste en que es básico que las enfermeras compartan sus percepciones y sentimientos para poder determinar si sus inferencias son compatibles con la necesidad del paciente. (Marriner, 2010, p.66)

4.1.5 Sobre lo que piensan y sienten respecto de sus funciones y actividades

“Me da satisfacciones, creo que la satisfacción la llevamos en la atención del paciente,... con los cuidados diarios, con las atenciones brindadas los llegamos a reincorporar al seno familiar, los devolvemos a su familia, los devolvemos a su vida, damos alegría a la familia, tranquilidad.” U1

“Creo que los criterios que manejamos, los criterios, los cuidados, las enseñanzas y eso sumado a los sentimientos encontrados en el servicio, creo que para la carrera son fundamentales” U1

“Cuando un paciente ingresa demanda dedicarnos más a él... si queremos hacer las cosas bien, nos demoramos un poco más” U1

“pero día a día el paciente se mantenía iba haciendo pequeñas mejoras,... y era un paciente que muchos que lo vieron consideraron que no se iba recuperar, pero nosotros si pudimos ver sus avances poquito a poco,... yo creo que los cuidados de enfermería sumado a la fisioterapia que le hicieron, que fue constante, y al apoyo familiar,... hicieron que ese jovencito volviera a caminar.” U1

“es la satisfacción de ver al paciente cuando evoluciona bien,... con todas las actividades que hacemos, me siento satisfecha con el trabajo que le estoy brindando.” U2

“Bueno llego, recibo reporte, siempre me gusta al momento del reporte estar de buen ánimo,... y viceversa, cuando yo también este reportando, y porque es ahí cuando uno empieza bien, todo sigue bien” U3

“hay cosas que pueden suceder como que se haya olvidado tramitar algo, está bien, me gusta que me lo digan yo no me molesto, y también me gustaría que cuando me pase lo mismo, también lo tomen bien.” U3

“cuando tú escoges ser especialista todavía quieres saber que más necesidades tiene las personas muy aparte de lo general que sabemos los licenciados” U4

“les dije... que es nuestro trabajo, porque así nos forman, no tanto porque le tenga algún cariño a su familiar, sino que la atención es igual, a su familiar y a otros pacientes de igual modo. Pero bueno ese día, y ha sido en varias oportunidades me han dado cosas, para servirme y detalles de parte de familiares,” U4

“Bueno yo llego con todo al servicio, a trabajar, trato siempre de llegar positiva,... todas las situaciones, ya sea con el paciente, ya sea con el familiar, ya sea con el médico, uno tiene que ir preparado para todo, ya mentalizada” U5

“Mi carrera, mi profesión, lo que hago si, si me llena, si me siento satisfecha, porque el tan solo ver un paciente que sale de mi área, que mejora, que sale de alta... me siento tan bien, y decimos “ah bueno, que bueno, hemos hecho un buen trabajo”,... es más así no te den las gracias con tan solo observar a tu paciente y ver que está evolucionando satisfactoriamente con el cuidado que brindamos, a mí me hace sentir bien.” U5

En esta parte podemos observar las verbalizaciones de los enfermeros respecto a lo que piensan y sienten al brindar el cuidado en sus unidades, existen narraciones de situaciones que generan satisfacción al enfermero, en función del restablecimiento de su paciente. Asimismo remarcan la actitud con la que se predisponen al inicio del día, remarcándola de necesaria como un posible mecanismo de defensa psicología, frente al potencial desarrollo del turno.

Joyce Travelbee, (Marriner, 2010), propuso que el objetivo de la enfermería es ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, a encontrar un significado para estas experiencias siendo el fin último la presencia de la esperanza... el énfasis de Travelbee en el cuidado puso de relieve la empatía, la compasión, la transferencia y los aspectos emocionales de la enfermería... la compasión es básica en la atención holística enfermera.(p.61)

Es así, que podemos observar que existen aspectos emocionales involucrados en el cuidado de los enfermeros, consideraciones empáticas ejemplificadas en sus narraciones: *“los devolvemos a su familia, los devolvemos a su vida, damos alegría a la familia”, “sumado a los sentimientos encontrados en el servicio”, “nosotros si pudimos ver sus avances poquito a poco”, “la satisfacción de ver al paciente cuando evoluciona bien”, “ah bueno, que bueno, hemos hecho un buen trabajo”,* estas ideas, manifiestan las satisfacciones que se desprenden de la realización de sus actividades, medidas en relación al restablecimiento de sus pacientes y el reconocimiento que tienen los familiares para con los enfermeros.

“incluso nuestra hora de salida no sea siete y treinta sino ocho, u ocho y treinta,...más tarde ingresa el paciente más tiempo nos demoramos nosotros en terminar,... Y aun así hay pequeñeces que se nos escapan que quedan pendientes al siguiente turno.” U1

“desde mi punto de vista, si es que yo dejara un cambio de posiciones no cada dos o tres horas sino lo dejo cuatro o cinco horas, el paciente va tener secuelas... sin embargo algunos, consideran que los de cuidados críticos, no hacemos mucho porque manejamos monitores, pero en realidad los pacientes son de mayor cuidado, pero no lo valoran porque piensan que porque el paciente no se mueve no se queja entonces no lo atendemos,... y que en realidad hay más actividades que hacer, si hay menos pacientes pero las actividades son mucho más complejas.” U1

“prácticamente el paciente ya se le había dado un pronóstico, de que no saldría adelante, que fallecería” U1

“Si bien es cierto en una unidad de cuidados intensivos los pacientes no están uno dos o tres días a veces se quedan en prolongada estancia, y cada día vez al paciente cómo evoluciona,... y si por ejemplo hay pacientes que son mal pronóstico, le doy toda la calidad de vida que se le pueda brindar” U2

“hay días que se trabaja más por el grado de dependencia del paciente y la patología, con los pacientes cardíacos a veces tienes que hacer más cosas, o paciente con ventilación mecánica o paciente que están entubados, hay días que tenemos cuatro entubados y manejan secreciones un montón y tienes que aspirar, el manejo de secreciones y las movilizaciones, pacientes que hacen deposiciones líquidas y que tienes que cambiar constantemente,” U2

“a veces es insuficiente y se requeriría un técnico más, o una enfermera más, pero no se da. Por ejemplo se manejaría pacientes con dos ventiladores, con una sola enfermera bueno, pero a veces tenemos un paciente conectado a ventilador mecánico, un paciente cardíaco, dos entubados, y con dependencia cuatro y postrados, creo q ahí necesitaríamos otro personal técnico.” U2

“Un día en uci es variable, hay días que uno viene tranquilo y aparentemente el turno también va tranquilo y llega un ingreso,... uno no puede predecir qué

es lo que va pasar,... de repente el paciente se puede complicar,... Uno no sabe que va pasar.” U3

“la otra desventaja es que no hay la repartición de personal como debería ser,... habría mejor calidad de atención y sería menos cansado, lo negativo de ser intensivista es la sobrecarga laboral que hay cuando no hay la buena distribución de personal. Uno puede hacerlo pero cuando son delicados y son muchas camas, no puedes hacer más que lo suficiente” U4

“así el que ha hecho la especialidad tiene ese perfil, pero hay algunos colegas que no lo ven de ese punto de vista, lo toman a la ligera el manejo de este tipo de pacientes críticos,... obviamente algunas cosas siempre se nos escapan, quizá por el ajetreo, cantidad de pacientes” U4

“sabiendo,... que el trabajo es intenso, sacrificado, y de mucho desgaste no solamente físico, sino también psicológico, mental. Llego preparada para todas las eventualidades” U5

“Si bien es cierto uno tiene la disposición de poder hacer pero el cuerpo pide ayuda” U5

“Si bien es cierto cada actividad te demanda un tiempo, y el área en que trabajamos si bien es cierto solo labora una técnico y una enfermera, muchas veces pedimos apoyo de un personal extra porque no nos podemos abastecer, por más que uno quiera, por más que uno diga sí puedo, es consciente de que se está casando agotando, agotando realmente,” U5

“es difícil trabajar en UCI, es algo un poco complicado con sus pro y con sus contra, con lo que uno viene cargada emocionalmente de las cosas que uno ve en el hospital, ya sea de nuestra área, las cosas que escuchamos de afuera de la emergencia, porque el área, colinda con emergencia, de shock trauma, de cirugía, los gritos, la gente que llega mareada en la madrugada y uno se carga de esas cosas, y uno escucha “ahhhh”, bueno pues son cosas que pasan aquí”U5

“el tiempo vuela, y llegan ya las horas de las seis, siete y siento que las horas no me alcanzan, y tengo que hacer todo lo demás, me gusta lo que hago a pesar de hacer todo eso, a pesar que siento que me demanda mucho tiempo,” U5

En esta parte podemos observar descripciones de los enfermero acerca de lo que piensan y sienten poco satisfactorio al brindar el cuidado en sus unidades, cuestiones relacionadas con la sobrecarga actividades, donde manifiestan que es insuficiente el tiempo, el personal asignado y las actividades, para la demanda de necesidades de los pacientes, relacionándolo a la cantidad y nivel de dependencia de los mismos.

Veremos que “las situaciones específicas se presentan ellas mismas con posibilidades y con limitaciones. Las estructuras creadas socialmente (como la falta de recursos económicos, personales y la falta de camas) presentan serias

limitaciones diarias. Las oportunidades para el cuidado son más accesibles en una comunidad asistencial y son desarrolladas por personas políticamente conscientes” (Marriner, 2010, p.180)

La comunidad asistencial existe en la medida que luchamos por su existencia, debemos formarlo nosotros mismo: a través de la solidaridad, a través de acciones moralmente responsables y mediante una lucha por una mayor igualdad e integración social y en la comunidad. El cuidado es un concepto activo y radical.” (Martinsen, 1989, p.181)

Es comprensible observar que existe una intencionalidad de formación de una comunidad asistencial, pese a las limitaciones, evidenciado en las condiciones de de actitudes solidarias, acciones moralmente responsables y la lucha por la igualdad, manifestado en: *“si por ejemplo hay pacientes que son mal pronóstico, le doy toda la calidad de vida que se le pueda brindar”, “Uno puede hacerlo pero cuando son delicados y son muchas camas, no puedes hacer más que lo suficiente”, “por más que uno quiera, por más que uno diga sí puedo, es consciente de que se está casando agotando”, “me gusta lo que hago a pesar de hacer todo eso, a pesar que siento que me demanda mucho tiempo”*.

El corazón dice algo acerca de la existencia de la persona como un todo, acerca de verse afectado o conmocionado por el sufrimiento del otro y la situación en que el otro se encuentra. (Marriner, 2010, p.175)

También mencionan la subjetiva carga emocional que involucra cuidar pacientes con pronóstico de muerte, y la desvaloración de quienes no comprenden o no conocen el manejo en esta área. Cabe relacionar estas circunstancias al riesgo de agotamiento emocional que supone el inicio o la instalación del Síndrome de Bournot, bajo el “Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper.” (Mansilla, 2012, p.122)

4.1.6 Sobre su relación con otros profesionales y/o trabajadores

“eso es lo que nos dicen “ustedes con cuatro pacientes tranquilazo” hasta que llega el momento en que les ha tocado rotar en el servicio y han notado que no es tan tranquilo como ellos piensan,” U1

“El equipo funciona con un médico, una enfermera y su técnico,” U2

“Lo bueno es que existe buena relación entre el personal de salud, con los médicos, existe comunicación se conversa mucho sobre los casos.” U2

“Con los doctores el trato también es cordial es amable, alegre, con el personal técnico también,... ya cada uno sabe lo que tiene que hacer,... yo sé cuáles son mis actividades, sé que es lo que tengo que reportar, uno sabe en qué momento el paciente se complica, por eso siempre se les orienta a los técnicos... para que hagan su trabajo de forma dinámica sin que haya que estarle presionando.” U3

“Sobre el equipo bueno cada uno tiene su modo de trabajo su personalidad, cada uno es importante... aparte de cuidar a los pacientes tienen que cuidar el servicio si falta algo no se avanza, cada uno tiene su función, todos caminamos juntos, como que ya sabemos cómo trabajar entre nosotros mismos.” U3

“siempre considero con que personal estoy trabajando,... en caso de que el personal tenga sus limitaciones yo ahí de lleno me entro en lo que es el cuidado del paciente.” U4

“En cuanto a la relación con otros grupos ocupacionales los médicos, con algunos hay bastante confianza y con algunos es un poco limitado,... Con el personal técnico de laboratorio, así normal, porque la comunicación es de profesionales, no tanto así de amistad o tener un poco más de confianza.” U4

“todos mis colegas hemos hecho un buen trabajo, como el saber que tenemos un paciente, puede estar hasta un mes en nuestras área, postrado y que no tenga ninguna escara, a mí me hace sentir muy bien, y me hace sentir que mi equipo con el cual trabajo está haciendo lo mismo, estamos trabajando bien, y yo creo que la mayoría de los colegas siente eso.” U5

En esta parte los enfermeros describen las relaciones interpersonales que tienen con los demás profesionales y trabajadores de hospital. Destacando un trato cordial, comunicacional y amable con los profesionales médicos, un trato bueno, de equipo, con los colegas del área, un trato contradictorio con algunos otros colegas de otras áreas, un trato que conlleva responsabilidad sobre el rol del técnico de enfermería y un trato profesional con los demás profesionales.

“la coexistencia de dos sistemas de valores en el entorno sanitario: 1) el paradigma enfermero (Anna Ramió y Carmen Domínguez lo llaman paradigma enfermero, nosotros preferimos denominarlo humanista y no limitar así su adhesión exclusiva

a un grupo profesional), caracterizado por la asistencia a la salud, compromiso profesional, autonomía, responsabilidad, justicia, respeto, tolerancia, holismo, creatividad y ayuda centrada en la recuperación de la autonomía, y 2) el paradigma biomédico, vinculado a valores como la prevención, asistencia y curación de la enfermedad, sumisión, corporativismo y tecnicismo. En el mismo sentido, Robertson insiste en las diferentes aproximaciones profesionales entre médicos y enfermeras al cuidado del enfermo, y la prioridad médica es la beneficencia aportada por la administración del tratamiento y la enfermera el respeto a la autonomía del paciente. Entre los elementos atribuibles al equipo asistencial, capaces de condicionar la adopción de un paradigma profesional, hay amplio acuerdo en señalar a la jerarquía como elemento capaz de configurar el modelo de atención y, en consecuencia, la humanidad que de él se desprenda. También hay consenso en considerar al proceso de autonomía enfermera respecto a la subordinación médica, como el primer paso de la jerarquía a la colaboración en el contexto sanitario, paso crucial en la creación de un entorno donde el respeto mutuo, la comunicación franca y la clara definición de roles y responsabilidades profesionales permitan la construcción de un entorno laboral humano que invite a la humanización. De hecho, la cooperación entre los distintos miembros del equipo y su resuelto compromiso ante objetivos de salud compartidos, se consideran por Coulon et al. como cualidades distintivas de la excelencia del cuidado.” (Rubio, 2006, p.141)

Siendo por tanto, en este caso una relación de respeto mutuo, comunicación franca, con clara definición de roles y responsabilidades según lo mencionado: *“ya cada uno sabe lo que tiene que hacer”, “cada uno tiene su modo de trabajo su personalidad, cada uno es importante”, “cada uno tiene su función, todos caminamos juntos”*.

4.1.7 Sobre los pacientes y sus familiares

“conversamos con la familia,... siempre tratando de indagar un poquito,... si hay algo que la familia no lo manifestó, lo considero porque a veces hay información oculta que la familia no lo dice, quizás no porque no quiera sino por falta de conocimiento. Así te enteres que por ejemplo el paciente hace veinte años tuvo otra enfermedad o tuvo tuberculosis, y a veces la familia no lo considera porque fue hace veinte años, y puede ser trascendental.” U1

“a veces me demoro en educar a la familia, porque con ellos no es solamente venir y mirar al paciente sino enseñarles a hacer cambios posturales, alimentación, si hay posibilidad de alta los educo un poquito más.” U2

“Yo trabajo mucho con la familia para que sean conscientes de lo que se hace y las actividades, porque si bien es cierto la familia muchas veces tiene un poco de desconfianza, de esta manera sepan y sientan que sus pacientes están siendo bien atendidos ahí en el área.” U2

“le habían dicho a la familia que ya no había nada que hacer,... ingrese de noche y vino su hija y se puso a llorar trayendo al padrecito, entonces yo... en él hable de su parte espiritual a la señora, que no pierda la fe,... y ahí dándole con todas las actividades que te digo, con el estilo de vida que se le brindaba a la familia y al paciente, el paciente mejoro, inclusive el paciente que no movía nada, ni parpadeaba, pero con la estimulación que la familia le daba, porque la familia en realidad cuando les das una buena educación, si ayuda, y con un poco de terapia, el señor reacciona, el señor mejoro, incluso como una de sus hijas era técnica aprendió a colocar invasivos,... bueno no camina esta en silla de ruedas postradito pero le brindan una calidad de vida, salió de alta, la señora muy agradecida dijo que no perdió la fe y agradeció” U2

“cada vez que una persona se enferma es por algo, es un reto que Dios da, y Dios nos da ese reto es quizá para que la familia se una más.” U2

“cuando veo al familiar sufriendo por su paciente, el paciente si me conmueve, pero ver al familiar sufrir por su paciente, es ver a la mamá o al hermano o al papá cuando se conmueve ante su paciente en mal estado o cuando está a punto de morir, que su vida está en las manos del señor, me choca pues porque me pongo en la situación del familiar y veo como si fuera mi mama o mi hermano y que están sufriendo.” U3

“yo he hecho una investigación con respecto a las necesidades de los familiares de los pacientes que ingresan y según los resultados de mis datos..., he logrado detectar varios errores que nosotros los licenciados comentemos respecto a los familiares, nosotros solo los veíamos como un ente molesto, que interrumpen las actividades, cosa que no debería ser así. A veces las limitaciones del ingreso al área, el enfoque de interacción esporádica durante el cuidado del paciente, lo cual la literatura dice lo contrario, la presencia de la familia los fortalece más, los motiva, y espiritualmente importante que los escuche, se vean, conversen, en los momentos que estoy trato de mejorar a raíz del estudio, con respecto al familiar.” U4

“Mira hay varias anécdotas pero digamos como ejemplo que tanto has sido el agradecimiento de los cuidados, habiendo tantos enfermeros del servicio, ha venido el familiar y en varias oportunidades me han esperado en la puerta del hospital, entonces yo he salido y me habían esperado, me sentí muy incómodo quizá no me he acostumbrado a eso, pero los familiares me decían “por su buena atención, su amabilidad”, lo cual me siguió motivando, cosas que yo no buscaba para que me den algo al contrario, cosas que hasta en algunas oportunidades les recibí” U4

“más si por ahí un familiar viene y le reconoce quizá con un “señor, señorita muchas gracias” o “muchas gracias por atender a mi familiar”, han habido muchas oportunidades que ha habido eso, y uno se siente muy gratificado” U5

En esta sección los enfermeros describen situaciones en relación a los familiares de los pacientes bajo su cuidado.

En este contexto los enfermeros reconocen que la enfermedad de un miembro de la familia altera los roles dentro de ella por tanto interfiere e involucra al entorno familiar. La familia cada una con sus particularidades finalmente trasciende con sus propias necesidades insatisfechas.

Los enfermeros reconocen la importancia del trabajo con los familiares, la importancia de la educación a la familia para la interacción, el mantenimiento y soporte principal de la salud del paciente, dependiente, incluso en el entorno del hogar. Así, comprenden el sufrimiento espiritual que trasciende al ámbito familiar, comprende la alteración de los roles, y la participación del cuidador principal como apoyo en el abordaje de las necesidades del paciente.

Travelbbee refiere (Marriner, 2010): se piensa que los valores espirituales que mantiene una persona determinarían, en gran medida, su percepción de la enfermedad. Los valores espirituales de la enfermera y sus opiniones filosóficas sobre la enfermedad y el sufrimiento determinarían hasta qué grado podrá ayudar a un enfermo a encontrar o no el significado en estas situaciones. (p.61)

Asimismo esta expresión aborda al entorno familiar dado que si se tiene en cuenta el sufrimiento espiritual de la familia, se considerarían actividades que podrían contribuir a que disminuya esta situación, como mencionan los enfermeros: *“a veces me demoro en educar a la familia”, “familia muchas veces tiene un poco de desconfianza, de esta manera sepan y sientan que sus pacientes están siendo bien atendidos”, “la presencia de la familia los fortalece más, los motiva, y espiritualmente importante que los escuche, se vean, conversen”, “pero los familiares me decían “por su buena atención, su amabilidad”, “un familiar viene y le reconoce quizá con un: señor, señorita muchas gracias”.*

4.1.8 Qué cambiarían

“Bueno en este hospital hay un montón de cosas que podrían cambiar comenzando por los ambientes.” U3

“Todo funciona bien, pero siempre hay algo que mejorar, o a veces, no sé si pasa en las otras áreas, pero hay un momento en que nos aplicamos y hay momentos en que otra vez estamos fallando en algunas cosas, y necesitamos que nos estén haciendo recordar, entre nosotros mismos, o hacemos una reunión en general y conversamos sobre la deficiencias que hemos observado,... este año por ejemplo comenzamos con un plan de capacitación continua y es una buena idea, que se estén haciendo estas actividades exponiendo nosotros mismos, de la uci para el personal de la uci,” U3

“en la clínica adventista y he visto algo que es muy bueno... he visto que después del reporte de enfermería hacen una pequeña reunión, donde dedicamos el turno a Dios, y nos deseamos un feliz turno. En el seguro también eh visto eso, pero era más frio, o quizá más protocolar. La verdad es difícil pero de todas maneras si hiciéramos un esfuerzo podríamos, porque el reporte siempre es una cosa que demora media hora.” U3

“si fuese según las normas que se indica según enfermero cama, seria cómodo trabajar, no habría inconvenientes, nuestra atención sería más satisfactoria a los pacientes, quizás menos criticada.” U4

“Las relaciones interpersonales son buenas,... me gustaría que así como uno se esmera bien en todo estar bien para que te reciba el otro turno, otros lo hagan también, algunos colegas no lo hacen.” U4

“Me gustaría en mi servicio nuevos equipos, que los materiales estén operativos.” U4

“me gustaría poder ser una buena líder, liderar saber encaminar y poder ayudar a que mi servicio pueda crecer... que el personal se comprometa a tal extremo con la finalidad que nuestro servicio crezca y crezca para bien y sea mejor cada día,... hay que mejorar, la infraestructura, el mobiliario, tantas cosas que quizás lo veo un poco lejano.” U5

“Yo creo que el cambio depende de uno, tú puedes trabajar en el área más inhóspito, pero, si te involucras, tu trabajas ese lugar inhóspito, así feo, horrible, lo puedes transformar, quizás no, como te digo, en el ambiente, en el tamaño, pero si en la calidad de atención.” U5

En esta sección los enfermeros manifiestan que les gustaría, que esperan de sus servicios, con una breve fundamentación de su realidad y sus necesidades.

Destacándose expresiones como: *“cosas que podrían cambiar comenzando por los ambientes”, “Me gustaría en mi servicio nuevos equipos, que los materiales estén operativos”, “las normas que se indica según enfermero cama”, “después del reporte de enfermería hacen una pequeña reunión, donde dedicamos el turno a Dios, y nos deseamos un feliz turno.”, “me gustaría que así como uno se esmera bien en todo estar bien para que*

te reciba el otro turno, otros lo hagan también”, “que el personal se comprometa a tal extremo con la finalidad que nuestro servicio crezca y crezca para bien y sea mejor cada día”

Sin embargo se observa que en sí mismos tienen y toman algunas estrategias para contrarrestar las limitaciones que puedan suscitarse, evidenciadas en expresiones como: *“hacemos una reunión en general y conversamos sobre la deficiencias que hemos observado”, “La verdad es difícil pero de todas maneras si hiciéramos un esfuerzo podríamos”, “me gustaría poder ser una buena líder, liderar saber encaminar y poder ayudar a que mi servicio pueda crecer”, “Yo creo que el cambio depende de uno”, “ese lugar inhóspito, así feo, horrible, lo puedes transformar, quizás no, como te digo, en el ambiente, en el tamaño, pero si en la calidad de atención”.*

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES FINALES

5.1. Consideraciones finales

Para las enfermeras (os) sujetos de estudio:

- La determinación de su especialización en cuidados intensivos responde a la consideración subjetiva de su vocación, que demanda de ellos un conocimiento especializado para su desempeño en un área que demanda competencias particulares, dentro de lo que corresponde a cuidados en pacientes críticos.
- Ser enfermero de la unidad de críticos es desarrollar un conocimiento profesional que les permita un manejo riguroso de pacientes profundamente comprometidos en su salud.
- Ser enfermero en la unidad de críticos les brinda satisfacciones relacionándolo al campo de acción que consideran amplio y el conocimiento que manejan.
- Las funciones y actividades que realizan en general son similares, cada día, variando discretamente en el orden y la cantidad según las necesidades que demanda el paciente a su cargo, debiendo tener en cuenta las actitudes, conocimientos y habilidades de perfeccionamiento que demanda su especialización.

- Son importantes todas las funciones y las actividades que realizan considerando la inmediatez en sus procedimientos, por tratarse del cuidado de pacientes profundamente comprometidos en su salud, priorizando aún más en situaciones de ingreso a su unidad.
- Existen actividades que podrían ser menos priorizables, lo que en consenso al compartir sus percepciones y en común acuerdo compatibilizan entre todos para salvaguardar lo que sería mejor para el paciente.
- Es satisfactorio participar del restablecimiento de su paciente y se predisponen de manera positiva para el desarrollo de su turno, involucrando aspectos emocionales que incluyen el recuerdo de algún familiar o paciente, que reconoce sus cuidados.
- Expresan que tienen dificultades con la sobrecarga laboral, la limitación de los recursos materiales y personales, lo que le genera trabajar fuera de su horario, para brindar cuidados al paciente crítico.
- Mencionan la subjetiva carga emocional que involucra el entorno donde se desenvuelven diariamente, que en conjunto con las limitaciones antes comentadas, los colocan en riesgo de agotamiento emocional.
- Se conformarían en una Comunidad Asistencial, connotándose en su intencionalidad de brindar un cuidado como lo demanda su especialidad, pese a las limitaciones que le circundan.
- La relación con los otros grupos profesionales y los técnicos del servicio involucra respeto mutuo, comunicación y definición de roles, remarcando que no existen dificultades en ese nivel.

- El trabajo con la familia de los pacientes, como una extensión del cuidado resulta siendo trascendente.
- Existen situaciones que los conllevan a limitaciones en el desarrollo de sus actividades, sin embargo, toman estrategias y tratan de salvaguardar las situaciones dentro de sus alcances.
- Consideran que sus funciones y actividades cotidianas son importantes por tratarse del cuidado de pacientes con un compromiso significativo de su salud, sobre el cual son conscientes de la necesidad de su desarrollo profesional, y la trascendencia del trabajo con la familia, sintiendo satisfacciones frente al restablecimiento de la salud, desarrollan sus turnos existiendo situaciones que limitan sus cuidados, tomando estrategias, salvaguardando la importancia de sus cuidados, colocándolos en situaciones de riesgo emocional.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda realizar un estudio similar en otras áreas del hospital con la finalidad de conocer y valorar más a fondo sus funciones y actividades de otros enfermeros en otras circunstancias.
- Se recomienda tener en cuenta los riesgos y dificultades evidenciadas en el estudio para salvaguardar a tiempo los problemas que puedan suscitarse de no considerarlos.
- Se recomienda realizar un estudio interpretativo que permita vislumbrar aspectos subjetivos, que no se evidencian en este nivel de investigación.
- Se recomienda hacer extensiva la información a los entes involucrados en el desarrollo de las funciones y actividades de los enfermeros en mención, para que tengan conocimiento de lo evidenciado.

5.3 Limitaciones

- El análisis responde solo al grupo de estudio siendo impredecible su extensión a otros miembros enfermeros del equipo de salud.

Referencias bibliográficas

- Alarcón. A. M. (2003) Bioética de la investigación biomédica con población mapuche. *Revista CUHSO* 8 (1). 9-18
- Alayo S. M. (2010), La Cotidianidad Y El Trabajo Enfermero. *Revista enfermería Herediana*. 3(2):55-56.
- Campos V. A. (2003). *En busca de la cotidianidad en el aula una perspectiva etnográfica en una aula de estimulación temprana de niños con necesidades educativas especiales en un centro educativo de educación especial*. Universidad Estatal A Distancia Sistema De Estudios De Posgrado Maestría En Psicopedagogía.
- Ccora, A. F. "Actitud de la Enfermera cundo brinda cuidados al paciente en riesgo de muerte inminente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas." Tesis para optar al Título de especialista en Enfermería Intensivista. Diciembre 2006.
- Di Leo P. F. (octubre 2009), tensiones entorno a la educación sexual en las escuelas medias: reflexiones desde el campo de la promoción de la salud.
- Gerrish, K. y Lacey A. (2008). *Investigación en enfermería*. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Gómez, L. E. (2008). *El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética*. La Sabana - Colombia. Recuperado de <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/966/1307>
- Gutiérrez M. S. y Jiménez N. S. (enero-junio 2005). *Enfermería Investigación y desarrollo*. vol 7(1): 16- 30
- Hernández, C. A. (2012, Oct, 13) La Enfermería como disciplina profesional holística. *Revista Cubana Enfermería*. [revista en la Internet]. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es.
- Hernández, P. A. (2010, 24 de junio). La vivencia como categoría de análisis para la evaluación y el diagnóstico del desarrollo psicológico. *Revista*

- PsicologiaCientifica.com*, 12(29). Recuperada de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-457-1-la-vivencia-como-categoria-de-analisis-para-la-evaluacion-y-.html>
- López R. E. y Deslaurries J. P. (junio 2011). *La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. Margen. (61). 1-19*
- Mansilla I. F. Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica. Madrid, 2012. <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/index.shtml>
- Mallma, C. J.: “*Vvencias de la Enfermera en el cuidado del paciente moribundo en la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.*” Tesis para optar al Título de especialista en Enfermería Intensivista. Agosto 2004 a Enero 2005.
- Marriner, T. A. *Modelos y teorías en enfermería. Rosemarie Rizo Parse.* Barcelona-España. Séptima edición. Ed. Elsevier. 2010.
- Martinez, G. B. (enero – junio, 2008). La investigación de la cotidianidad social desde la fenomenología. *Tiempo de educar.* 9 (17) 35-56
- Ministerio de sanidad y política social. *Unidad de cuidados intensivos, estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación.* 2010. Madrid España. pp 6.
- MINSA. *Norma Técnica. Peru.* (2005). Recuperado de http://www.dgiem.gob.pe/wp-content/uploads/2013/01/pw16_rm489-2005-minsa-nts031-uci.pdf
- Paredes, M. C. “*Procurando la Donación de Órganos: Vivencias de Enfermería.*” Tesis para optar al título de Licenciado de Enfermería. Lima 2009.
- Polit, Denise F. (2003). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud, Principios y Métodos.* Mexico. 6ta edicion. Mc Graw Hill. International.
- Reina, G. N. El Proceso De Enfermería: Instrumento Para El Cuidado Universidad Manuela Beltrán Bogotá, Colombia. *Umbral Científico, número (17), 18-23.* Diciembre, 2010, pp 22.
- Rubio R. L. et al. “Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos.” *Enferm Intensiva* 2006; 17(4):141-153

- San Bartolomé, C. M. “*Vivenciando la Hospitalización por Aneurisma Cerebral: Un Enfoque Heideggeriano.*” Tesis para optar al Título de especialista en Enfermería Intensivista. Lima 2009.
- Turchetto, E. (2005) A que llamamos paciente críticamente enfermo y como lo reconocemos. *Revista del hospital privado de comunidad*. 8 (2). Mar del Plata – Argentina. 52, 57. Recuperado de <http://www.hpc.org.ar/images/revista/451-v8n2p52.pdf>, www.hpc.org.ar.
- Uscatescu B. J. (1955). *Revista de filosofía* 3ra época. VIII (13), 25-47
- Villegas, M. y Gonzales F. (2010, 15 de noviembre) La investigación cualitativa de la vida cotidiana. Medio para la construcción de conocimiento sobre lo social a partir de lo individual. *Psicoperspectivas*. 10 (2), 35-59. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/issue/view/15>

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO	TÍTULO	Pág.
A	GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA	60
B	APROBACIÓN DEL PROYECTO EN EL H. S. J. L.	61
C	HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	62
D	ENTREVISTAS	63

ANEXO “A”

GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA

Fecha: _____ **Hora:** _____

Lugar: AUDITORIO HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

Entrevistador: LIC. DIANA RAFAELE BALDEÓN

Introducción

Buenos días mi nombre es Diana Jovita Rafaele Baldeón soy Licenciada en enfermería, laboro en el Hospital San Juan de Lurigancho, vengo realizando estudios en la especialidad de Cuidados Intensivos, a continuación se le presentará una serie de preguntas con el objetivo de Develar la Cotidianidad de los enfermeros que brindan Cuidados al paciente critico en el H.S.J.L. año 2015, siendo un facilitador de información para la gestión activa en un marco de mejora del servicio y humanización del cuidado, para que también la institución revalore las necesidades humanas del personal. Pedimos su colaboración y sinceridad al responder la entrevista, con el compromiso de que toda información aquí expuesta será protegida y sólo de uso exclusivo para la investigación realizada.

LE VOY A PEDIR QUE MENTALICE Y RECUERDE SU SERVICIO, EL ESPACIO, LAS PERSONAS, CUANDO USTED INGRESA Y EN LAS SITUACIONES QUE HA VIVIDO EN SU UNIDAD. LO RECUERDA. AHORA LE HARE UNAS PREGUNTAS.

Preguntas


1. ¿POR QUÉ DECIDIO USTED ESTUDIAR CUIDADOS INTENSIVOS?
2. ¿QUÉ SITUACIONES VIVE USTED EN LA COTIDIANIDAD DEL CUIDADO?
3. DESCRIBA LO QUE MÁS RECUERDA

PREGUNTAS DE APOYO

- ¿POR QUÉ CREE ESO?
- ¿CÓMO INTERPRETA ELLO?
- ¿ASÍ? CONTINUE...

ANEXO B

APROBACIÓN DEL PROYECTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN LURIGANCHO

 PERÚ Ministerio de Salud	Instituto de Gestión de Servicios de Salud	"Año de la Diversificación Productiva y Fortalecimiento de la Educación"
---	---	---

San Juan de Lurigancho, 21 de Octubre del 2015.

Señora
Lic. Esp. JUANA CUBA SANCHO
COORDINADORA DEL PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Presente.-


ASUNTO: AUTORIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION

De nuestra mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente y a la vez informarle que la Unidad de Docencia de Apoyo a la Docencia e Investigación a través de sus Comités de Ética e Investigación autoriza la ejecución del Proyecto de Investigación titulado **"COTIDIANIDAD DE LOS ENFERMEROS QUE BRINDAN CUIDADOS AL PACIENTE CRÍTICO, EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, AÑO 2015"**, presentado por la Lic. DIANA JOVITA RAFAELE BALDEÓN, alumna de la Segunda Especialidad de Enfermería Intensivista de su Institución.

Agradeciendo la atención que le brinde al presente, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente,


MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
Hospital San Juan de Lurigancho
Lic. MARÍA ANGELA VILCHEZ VASQUEZ
CER. 038398
Jefa de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

MVV
CC Archivo

ANEXO “C”

HOJA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar: AUDITORIO HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

Fecha: _____ **Hora:** _____

Entrevistador: LIC. DIANA RAFAELE BALDEÓN

Introducción

Buenos días mi nombre es Diana Rafaele Baldeón soy Licenciada en enfermería, laboro en el Hospital San Juan de Lurigancho, vengo realizando estudios en la Especialidad de Cuidados Intensivos, asimismo realizo el proyecto que lleva por título “Cotidianidad de los Enfermeros brindan Cuidados al Pacientes Críticos en el H.S.J.L. año 2015”, para lo cual solicito a su persona participar en dicha investigación siendo un facilitador de información mediante una entrevista a profundidad.

Su colaboración y sinceridad al responder la entrevista, es de suma importancia cabe resaltar que es el compromiso de que toda información aquí expuesta será protegida y sólo de uso exclusivo para la investigación realizada.

Atentamente.

Lic. Diana Rafaele Baldeón
DNI: 42917886
CEP: 52874

Lic.
DNI:
CEP:

ANEXO D

ENTREVISTAS

UNIDAD 1

1. ¿Por qué decidió estudiar cuidados intensivos?

La decisión de estudiar cuidados intensivos es porque siempre eh tenido la idea de que es una área más completa, considero que el manejo del paciente es mucho más complejo; la hemodinámica, lo respiratorio, siempre eh tenido la idea que enmarca todo, en general, si manejas cuidados intensivos eres capaz de manejar otras áreas.

Me da satisfacciones, creo que la satisfacción la llevamos en la atención del paciente, porque así como hay pacientes que llegan a fallecer, hay muchos pacientes críticos que vemos, que con los cuidados diarios, con las atenciones brindadas los llegamos a reincorporar al seno familiar, los devolvemos a su familia, los devolvemos a su vida, damos alegría a la familia, tranquilidad.

Creo que los criterios que manejamos, los criterios, los cuidados, las enseñanzas y eso sumado a los sentimientos encontrados en el servicio, creo que para la carrera son fundamentales, quizás tenemos mayor percepción de lo que es la salud y la enfermedad, porque lo vemos en los puntos críticos, en que el paciente se puede morir y en el punto crítico de: está saliendo adelante; y existe bastante satisfacción en esto.

2. Qué situaciones vive usted en la cotidianidad del cuidado.

En forma general, entramos, nos entregan el reporte, verificamos el estado de paciente, lo monitorizamos, sigue la atención directamente al paciente, curaciones, limpiezas, los procedimientos, notas de enfermería, la administración de tratamiento, y por ahí, conversamos con la familia, averiguamos que paso, siempre tratando de indagar un poquito, de enterarme si hay algo que la familia no lo manifestó, lo considero porque a veces hay información oculta que la familia no lo dice, quizás no porque no quiera sino por falta de conocimiento. Así te enteres que por ejemplo el paciente hace veinte años tuvo otra enfermedad o tuvo tuberculosis, y a veces la familia no lo considera porque fue hace veinte años, y puede ser trascendental.

Volviendo a empezar, se recibe el reporte, verifico el tratamiento, por las mañanas hago todo lo de curación y limpieza, curación y limpieza en relación a si están los catéteres sucios, para cambiarlos, se le cambia los sujetadores a los tubos endotraqueales, los aspiro en la mañana, para poder avanzar mis cosas, sin la preocupación de escuchar al paciente que necesita atención, porque ya lo aspiro, las vías las cambio en la mañana y dejo para la tarde lo que son las sondas vesicales porque considero que se necesita cambiar pero por un par de horas no va haber ningún cambio a diferencia de los catéteres que tiene que pasar tratamiento; y los estados de los paciente.

Cuando ingresa un paciente.

Cada ingreso es diferente porque dependiendo del diagnóstico con el que ingresan el grado de dependencia del paciente, la edad del paciente, entonces, si bien es cierto a penas ingresa el paciente primero lo evaluamos a ver que podemos encontrar porque a veces nos reportan una cosa y oh sorpresa hay otra, encontramos algo adicional que dejaron o cosas pendientes que no ha sido evaluado afuera, resultados de laboratorio, suele pasar, a veces el paciente supuestamente esta con todo pero hay cositas que faltan. Por ejemplo los análisis de laboratorio que sacaron una muestra la enviaron y se olvidaron y jamás lo recogieron, o por ejemplo, el paciente pasa y esta con una vía infiltrada, o solo tiene una

vía y tiene que pasar inotrópicos, y son cosas que encontramos y muchas veces la atención en general cuando un paciente ingresa demanda dedicarnos más a él. Y esto hace que incluso nuestra hora de salida no sea siete y treinta sino ocho, u ocho y treinta, Porque por ejemplo hoy eh salido a las 8:30, más tarde ingresa el paciente más tiempo nos demoramos nosotros en terminar, si queremos hacer las cosas bien, nos demoramos un poco más. Y aun así hay pequeñeces que se nos escapan que quedan pendientes al siguiente turno.

Cada actividad que yo realizo por más pequeña que sea en área considero que es importante, desde un cambio de posición, un tendido de cama, una aspiración de secreciones, creo que todos los procedimientos son importantes porque se complementan entre sí, desde mi punto de vista, si es que yo dejara un cambio de posiciones no cada dos o tres horas sino lo dejo cuatro o cinco horas, el paciente va tener secuelas, si no lo movilizo si no lo aspiro si no le limpio las secreciones, todas las actividades por más pequeñas que sean en nuestro ambiente yo sí considero que son muy importantes, sin embargo algunos, consideran que los de cuidados críticos, no hacemos mucho porque manejamos monitores, pero en realidad los pacientes son de mayor cuidado, no solamente estamos viendo los monitores, sino muchas cosas más, el paciente es mucho más complejo, pero no lo valoran porque piensan que porque el paciente no se mueve no se queja entonces no lo atendemos, eso es lo que nos dicen “ustedes con cuatro pacientes tranquilazo” hasta que llega el momento en que les ha tocado rotar en el servicio y han notado que no es tan tranquilo como ellos piensan, y que en realidad hay más actividades que hacer, si hay menos pacientes pero las actividades son mucho más complejas.

3. Describa lo que más recuerda.

Yo recuerdo que una vez entro al área un jovencito que llegó por un accidente de tránsito, que recuerdo o que estuvo en la UCI como dos meses, paso a nuestro servicio UCE, y estuvo como otros dos meses más, y, prácticamente el paciente ya se le había dado un pronóstico, de que no saldría adelante, que fallecería, pero día a día el paciente se mantenía iba haciendo pequeñas mejoras, salió con su traqueotomía, y fue agradable, lo volví a ver casi después de un año, obviamente que no había recuperado su movilidad total, pero, estaba caminando en un andador, y era un paciente que muchos que lo vieron consideraron que no se iba recuperar, pero nosotros si pudimos ver sus avances poquito a poco. Todo el mundo decía que iba ser como una plantita o vegetal, no se iba levantar de esa cama, yo creo que los cuidados de enfermería sumado a la fisioterapia que le hicieron, que fue constante, y al apoyo familiar, de la mama, porque en ese caso fue la mama, hicieron que ese jovencito volviera a caminar. Tuve la suerte que lo vi con el andador lo vi con bastón y lo vi caminando solo, obviamente que la marcha no era lo mismo que una persona sana, pero al menos tenía la independencia de poder caminar solo, ya no lo he vuelto ver, pero supongo que se ha recuperado aún más.

UNIDAD 2

1. ¿Por qué decidió estudiar cuidados intensivos?

Bueno estudie la especialidad porque es el área más crítica que atiende a un paciente, un ser humano, y realmente se ve con ellos la parte más holística porque realmente se trabaja bastante con la familia. Y aparte de eso es la satisfacción de ver al paciente cuando evoluciona bien, en conjunto, con todas las actividades que hacemos, me siento satisfecha con el trabajo que le estoy brindando a ese paciente. Si bien es cierto en una unidad de cuidados intensivos los pacientes no están uno dos o tres días a veces se quedan en prolongada estancia, y cada día vez al paciente cómo evoluciona. En esos pacientes yo me siento satisfecha porque yo doy todo de mí, y si por ejemplo hay pacientes que son mal pronóstico, le doy toda la calidad de vida que se le pueda brindar. Para mi calidad de vida son las actividades cotidianas que se hacen en cuidados intensivos la terapéutica, las movilizaciones, la alimentación, la parte espiritual, la educación familiar, el reporte, el baño de esponja, la hidratación de piel, cuidados en los invasivos, dentro de la estancia hospitalaria.

2. Qué situaciones vive usted en la cotidianidad del cuidado.

Ingreso me reportan y el reporte demora por lo menos tres cuartos de hora porque tenemos cuatro pacientes, y estos están obviamente críticos, primero comienzo a monitorizar porque manejamos una sábana u hoja de monitoreo que es para cada hora, actualizo la sábana, mientras que evalúan los médicos, brindamos comodidad y confort con su baño de esponja y cuidados de piel, a las dos horas los cambios posturales, la terapéutica, el almuerzo, otra vez cambio postural a las dos de la tarde, terapéutica, el horario de visita es a las cuatro de la tarde, de cuatro a cinco, me doy un tiempo de educar a la familia, a veces me demoro en educar a la familia, porque con ellos no es solamente venir y mirar al paciente sino enseñarles a hacer cambios posturales, alimentación, si hay posibilidad de alta los educo un poquito más. Si es que su paciente esta con ventilación mecánica, ahí solamente les queda ver. Yo trabajo mucho con la familia para que sean conscientes de lo que se hace y las actividades, porque si bien es cierto la familia muchas veces tiene un poco de desconfianza, de esta manera sepan y sientan que sus pacientes están siendo bien atendidos ahí en el área. Bueno de ahí otra vez termino de hacer mis notas de enfermería, porque en la mañana hago mi encabezamiento y valoro al paciente durante el baño de esponja, y bueno termino mis notas de enfermería cinco seis de la tarde, y a las seis y media o siete termino mi sábana y lista para el reporte.

Cuando ingresa un paciente

Pero todos los días no son iguales, por ejemplo si hay un ingreso primero se estabiliza y hay un sinnúmero de actividades, como administrar inotrópicos, vasoactivos, o dependiendo del diagnóstico del paciente controles de AGA, exámenes de laboratorio, imágenes, procedimientos, líneas centrales, ventilación mecánica, dependiendo de la patología del paciente, cada día es diferente, hay días que se trabaja más por el grado de dependencia del paciente y la patología, con los pacientes cardiacos a veces tienes que hacer más cosas, o paciente con ventilación mecánica o paciente que están entubados, hay días que tenemos cuatro entubados y manejan secreciones un montón y tienes que aspirar, el manejo de secreciones y las movilizaciones, pacientes que hacen deposiciones líquidas y que tienes que cambiar constantemente, por eso creo que hay que tener vocación, valoro todo lo que hago, por eso salgo satisfecha, porque si no haría nada, por gusto es mi sueldo, por gusto mi vocación como enfermera, si me gusta, es más doy más tiempo a mi hospital, bueno cuando era soltera daba más, ahora que tengo mi hijito, termino mi trabajo mis actividades y mi prioridad es mi hijito.

Lo bueno es que existe buena relación entre el personal de salud, con los médicos, existe comunicación se conversa mucho sobre los casos. Pero, si por ejemplo es un paciente de

cirugía a veces pasan cosas, y tenemos que tener cuidado y coordinamos con los internistas para el manejo de estos pacientes.

El equipo funciona con un médico, una enfermera y su técnico, pero a veces es insuficiente y se requeriría un técnico más, o una enfermera más, pero no se da. Por ejemplo se manejaría pacientes con dos ventiladores, con una sola enfermera bueno, pero a veces tenemos un paciente conectado a ventilador mecánico, un paciente cardíaco, dos entubados, y con dependencia cuatro y postrados, creo q ahí necesitaríamos otro personal técnico.

3. Describa lo que más recuerda.

Son varios casos o situaciones las que uno recuerda, por ejemplo había un pacientito con AVC, al cual los mismos médicos le habían dado un mal pronóstico y le habían dicho a la familia que ya no había nada que hacer, yo para entonces estaba de vacaciones, todo ese mes que el señor había estado, pero venía así de visita una que otra vez y si lo conocía sabía su diagnóstico, ingrese de noche y vino su hija y se puso a llorar trayendo al padrecito, entonces yo en mi experiencia de vida sé que existen milagros lo he visto, entonces, en él hable de su parte espiritual a la señora, que no pierda la fe, y aparte de esto como el paciente estaba tan anasarcado ya no lo querían canalizar ni dar tratamiento, te hablo de esto cuando en la sala aun habían enfermeros generales o de otras áreas, y que todavía no se había formado totalmente esta unidad. Bueno y le llegue a canalizar en el cuello, porque ya no había donde canalizar, y esa vía duraba una semana porque nadie le quería tocar y ahí dándole con todas las actividades que te digo, con el estilo de vida que se le brindaba a la familia y al paciente, el paciente mejoro, inclusive el paciente que no movía nada, ni parpadeaba, pero con la estimulación que la familia le daba, porque la familia en realidad cuando les das una buena educación, si ayuda, y con un poco de terapia, el señor reacciona, el señor mejoro, incluso como una de sus hijas era técnica aprendió a colocar invasivos, hasta el día de hoy el señor, bueno no camina esta en silla de ruedas postradito pero le brindan una calidad de vida, salió de alta, la señora muy agradecida dijo que no perdió la fe y agradeció, aparte de eso los colegas cuando vieron que el señor mejoro vieron ese cambio y bueno algunos tomaron conciencia y algunos no, ese es un caso, hay infinidad de casos que en mi experiencia ha pasado similar, y enfermería esta en eso, el enfermero no solamente ve la parte terapéutica, la parte científica sino también la parte espiritual, cabe resaltar que también tiene que ver la parte religiosa de los pacientes. La parte espiritual abarca más allá en los cuidados críticos, en las áreas críticas, porque ahí las personas pierden la esperanza y la fe, y cada vez que una persona se enferma es por algo, es un reto que Dios da, y Dios nos da ese reto es quizá para que la familia se una más.

UNIDAD 3

1. ¿Por qué decidió estudiar cuidados intensivos?

Bueno entre las diferentes especialidades de enfermería, las especialidades que para mí son en donde el enfermero toma decisiones y se realiza mucho más son emergencia y UCI, y dentro de esa dos especialidades opte por cuidados intensivos porque es un servicio en donde se puede tener un poco más el control de las cosas, en cambio en emergencia es muy movido, es más dinámico que se pierdo un poco el control, incluso el cuidado del paciente, ves tanto movimiento, que no se puede, pero es por eso, elegí UCI porque en la uci hay un poco más de control.

2. Qué situaciones vive usted en la cotidianidad del cuidado.

Un día en uci es variable, hay días que uno viene tranquilo y aparentemente el turno también va tranquilo y llega un ingreso, es como la emergencia también, uno no puede predecir qué es lo que va pasar de repente te falta algún material, de repente el paciente se puede complicar, y es algo que, uno viene pensando que hago rápido mis cosas y me doy tiempo de leer algo, y traigo mis libros, pero el turno se complica y no leo nada, y a veces cuando no llevo libros no llevo nada, pasa tranquila la guardia. Uno no sabe que va pasar.

Bueno luego, recibo reporte, siempre me gusta al momento del reporte estar de buen ánimo, a veces luego con algunas cosas a la UCI pero siempre me gusta estar de buen ánimo, me gusta que quien me reporten este de buen ánimo, y yo también y viceversa, cuando yo también este reportando, y porque es ahí cuando uno empieza bien, todo sigue bien, porque es ahí cuando uno puede ver que algo le haya faltado al colega y si estoy renegando o estoy de mal ánimo no voy a tener ánimo de querer continuarlo, de repente se le salió la vía al paciente o se sacó la sonda. Entonces, y puede que me pase a mí también, para mí es comprensible, hay cosas que pueden suceder como que se haya olvidado tramitar algo, está bien, me gusta que me lo digan yo no me molesto, y también me gustaría que cuando me pase lo mismo, también lo tomen bien. Si empiezas bien, contento, el resto estará tranquilo también, es lo que trato también dentro de mis turnos. Con los doctores el trato también es cordial es amable, alegre, con el personal técnico también, trabajar de esa forma tranquilos, sin presionarlos porque cuando los presionas mucho también tienden a equivocarse, porque además ya cada uno sabe lo que tiene que hacer, el doctor hace sus indicaciones, yo sé cuáles son mis actividades, sé que es lo que tengo que reportar, uno sabe en qué momento el paciente se complica, por eso siempre se les orienta a los técnicos lo que tiene al inicio para que hagan su trabajo de forma dinámica sin que haya que estarle presionando.

En la mañana el baño del paciente, la valoración, le vas curando las vías invasivas, la higiene de estos lugares con bastante cuidado, en eso el doctor va haciendo su RP evolucionó al paciente, cojo la historia actualizo el kardex, administro tratamiento, veo los exámenes que le están pidiendo, coordino, hago algunas notas, nuevamente vuelvo al paciente aspirándolo, moviéndolo atendiendo la necesidad que tenga en ese momento, luego vuelvo a hacer las notas, para eso ya es medio día, luego tratamiento nuevamente, atender necesidades del paciente, viene al familiar se le orienta, se le apoya, al familiar más directo o al que se ve más conmovido en particular, y así.

Cuando ingresa un paciente

Cuando hay ingresos es diferente, la atención inicial de cómo estará el paciente cuando ingresa, el paciente esta generalmente en emergencia, en trauma shock, salimos a evaluarlo un rato, algo rápido a ver como es para preparar el ambiente, pero siempre hay algo que falta hacer, que en el momento decide, como colocar catéter, o volverlo a entubar, controles de AGA seriados, cada hora, y eso es un par de horas que son bien movidas, porque tienes que evolucionarlo tienes que ver sus controles, hacer el Kardex hacerle todo,

coordinar sus placas, como lo han entubado, le han puesto catéter tienes que ver las placas, las ordenes de laboratorio, como te digo es un par de horas y a veces más, dependiendo también que medico esta, hay médicos que también cambian sus indicaciones y otros que son más decididos.

Bueno en este hospital hay un montón de cosas que podrían cambiar comenzando por los ambientes.

3. Describa lo que más recuerda.

Bueno normalmente lo que se me viene a la mente es la escena cuando veo al familiar sufriendo por su paciente, el paciente si me conmueve, pero ver al familiar sufrir por su paciente, es ver a la mamá o al hermano o al papá cuando se conmueve ante su paciente en mal estado o cuando está a punto de morir, que su vida está en las manos del señor, me choca pues porque me pongo en la situación del familiar y veo como si fuera mi mama o mi hermano y que están sufriendo.

Sobre el equipo bueno cada uno tiene su modo de trabajo su personalidad, cada uno es importante por ejemplo esta quien coordina, la persona que está más pendiente con los insumos, igual que otra colega siempre ellas se preocupan de eso, yo soy más de los que hacemos más procedimientos, el personal, aparte de cuidar a los pacientes tienen que cuidar el servicio si falta algo no se avanza, cada uno tiene su función, todos caminamos juntos, como que ya sabemos cómo trabajar entre nosotros mismos. Todo funciona bien, pero siempre hay algo que mejorar, o a veces, no sé si pasa en las otras áreas, pero hay un momento en que nos aplicamos y hay momentos en que otra vez estamos fallando en algunas cosas, y necesitamos que nos estén haciendo recordar, entre nosotros mismos, o hacemos una reunión en general y conversamos sobre la deficiencias que hemos observado, y este año por ejemplo comenzamos con un plan de capacitación continua y es una buena idea, que se estén haciendo estas actividades exponiendo nosotros mismos, de la uci para el personal de la uci, exponiendo temas, para el personal técnico, también, por ejemplo los cuidados postmorten, y habían cositas que ya no recordábamos.

Yo soy adventista he hecho algunos turnos en la clínica adventista y he visto algo que es muy bueno, y a veces aquí no lo hacemos por el tiempo porque somos pocos, pero he visto que después del reporte de enfermería hacen una pequeña reunión, donde dedicamos el turno a Dios, y nos deseamos un feliz turno. En el seguro también eh visto eso, pero era más frio, o quizá más protocolar. La verdad es difícil pero de todas maneras si hiciéramos un esfuerzo podríamos, porque el reporte siempre es una cosa que demora media hora.

UNIDAD 4

1. ¿Por qué decidí estudiar cuidados intensivos?

Bueno inicialmente antes de hacer mi especialidad, pude ver que es lo que pasa cuando ingresa un paciente a cuidados intensivos, tuve la oportunidad o la mala experiencia digamos de estar en una sala de espera de cuidados intensivos, a raíz de que ingreso como paciente un familiar mío, y como ahora yo soy intensivista y veo ya la realidad de cómo es adentro, en ese entonces yo no sabía nada y me daba curiosidad de saber porque era tan restringido ahí adentro, entonces de ahí nace un poco como el bichito para estudiar sobre un área aislado, que lo veía como que el personal del servicio de uci era como el eje principal de las áreas críticas.

La satisfacción es compartida digamos, inicialmente cuando tú escoges ser especialista todavía quieres saber que más necesidades tiene las personas muy aparte de lo general que sabemos los licenciados, te das con la sorpresa de que cuando tienes un paciente crítico te dedicas en todo a ese paciente, y no hay momentos de distracción, ahí está el médico de cabecera y tú te dedicas a tu paciente, para estabilizar a ese paciente, y eso sería un poco la satisfacción de atender a un ser humano, pero la otra desventaja es que no hay la repartición de personal como debería ser, ahora tenemos cuatro pacientes para una sola enfermera, lo ideal sería dos, habría mejor calidad de atención y sería menos cansado, lo negativo de ser intensivista es la sobrecarga laboral que hay cuando no hay la buena distribución de personal. Uno puede hacerlo pero cuando son delicados y son muchas camas, no puedes hacer más que lo suficiente, si fuese según las normas que se indica según enfermero cama, sería cómodo trabajar, no habría inconvenientes, nuestra atención sería más satisfactoria a los pacientes, quizás menos criticada y el familiar también agradece eso, a todo el personal.

2. Qué situaciones vive usted en la cotidianidad del cuidado.

Yo como licenciado primero veo más a los pacientes luego a los familiares, yo tengo un protocolo personal a seguir. En lo que es tratamiento y lo que es confort al paciente, es cierto que a veces algunos pacientes son poco manejables con respecto al personal técnico, siempre considero con que personal estoy trabajando, porque no siempre es el mismo personal técnico, en caso de que el personal tenga sus limitaciones yo ahí de lleno me entro en lo que es el cuidado del paciente, igual que la terapéutica, veo las FUAs, que el servicio este limpio, cosa que utilizo yo lo descarto, no espero que el personal técnico lo descarte, entonces en ese sentido me gusta que mi paciente se vea bien, que este bien en mi turno, no me gusta que este con traqueotomía o con tubo y este haciendo gárgaras con sus secreciones, y yo este sentado escribiendo, me estresa a mí, no me siento cómodo, no me puedo concentrar porque ese paciente ya está todo con secreciones, ósea primero espero que él esté tranquilo bien hecho su aspiración y sé por experiencia que me deja trabajar tranquilo. Porque el papeleo puede esperar pero la necesidad de tu paciente, no.

Con respecto a lo que te decía al protocolo, es respecto a los familiares también interactúo con los familiares, yo he hecho una investigación con respecto a las necesidades de los familiares de los pacientes que ingresan y según los resultados de mis datos que he hecho, he logrado detectar varios errores que nosotros los licenciados comentemos respecto a los familiares, nosotros solo los veíamos como un ente molesto, que interrumpen las actividades, cosa que no debería ser así. A veces las limitaciones del ingreso al área, el enfoque de interacción esporádica durante el cuidado del paciente, lo cual la literatura dice lo contrario, la presencia de la familia los fortalece más, los motiva, y espiritualmente importante que los escuche, se vean, conversen, en los momentos que estoy trato de mejorar a raíz del estudio, con respecto al familiar. Ya mi manera de trabajo es particular, yo priorizo la gravedad del paciente.

Las relaciones interpersonales son buenas, lo mismo no puedo decir con el trabajo que realiza cada uno, cada licenciado tiene su manera de trabajar, quizás no en lo óptimo pero si en el campo, así el que ha hecho la especialidad tiene ese perfil, pero hay algunos colegas que no lo ven de ese punto de vista, lo toman a la ligera el manejo de este tipo de pacientes críticos, no le hacen los cuidados como debe de ser, no sé si es por cansancio, no podría decir porque, pero no todos, son algunos, obviamente algunas cosas siempre se nos escapan, quizá por el ajetreo, cantidad de pacientes, pero me gustaría que así como uno se esmera bien en todo estar bien para que te reciba el otro turno, otros lo hagan también, algunos colegas no lo hacen.

En cuanto a la relación con otros grupos ocupacionales los médicos, con algunos hay bastante confianza y con algunos es un poco limitado, igual para ellos si igual pensarán lo mismo, no lo sé, “hola”, o “doctor”, así de bromearnos no es mucho, con algunos sí, pero son contados, que les tengo bastante confianza, pero cuando uno entra es principalmente el trabajo, porque tampoco ellos se muestran muy comunicativos. Con el personal técnico de laboratorio, así normal, porque la comunicación es de profesionales, no tanto así de amistad o tener un poco más de confianza.

Me gustaría en mi servicio nuevos equipos, que los materiales estén operativos.

3. Describa lo que más recuerda.

Mira hay varias anécdotas pero digamos como ejemplo que tanto has sido el agradecimiento de los cuidados, habiendo tantos enfermeros del servicio, ha venido el familiar y en varias oportunidades me han esperado en la puerta del hospital, entonces yo he salido y me habían esperado, me sentí muy incómodo quizá no me he acostumbrado a eso, pero los familiares me decían “por su buena atención, su amabilidad”, lo cual me siguió motivando, cosas que yo no buscaba para que me den algo al contrario, cosas que hasta en algunas oportunidades les recibí, pero les dije que no deben hacer eso, que es nuestro trabajo, porque así nos forman, no tanto porque le tenga algún cariño a su familiar, sino que la atención es igual, a su familiar y a otros pacientes de igual modo. Pero bueno ese día, y ha sido en varias oportunidades me han dado cosas, para servirme y detalles de parte de familiares, y a veces de los pacientes que han entrado un poco mal, jóvenes, que han entrado y empiezas a convivir en la UCI y ya los conoces, y a veces da el caso así un caso similar había paciente gestante que había ingresado a la UCI y yo estaba saliendo ya del servicio para mi casa y se me para ahí enfrente, “hola licenciado” me dice, tantos pacientes que habían pasado en la UCI, “ya no me reconoces”, y de verdad me había quedado en blanco y recordé era una adolescente que había hecho su shock séptico por aborto incompleto, yo no la reconocía, donde la he visto me decía, después cuando me dice “licenciado me había puesto un poco blanca”, “no te acuerdas de mí”, me dice y se para frente a mí, así me saluda, así con confianza y eso paso aquí dentro del hospital, y comencé a hacer memoria y de ahí me doy cuenta, era esa paciente que había ingresado y que ya interactuaba y bromeaba cuando estaba un poco mejor y ya había salido de alta, esas son cosas que pasan, son experiencias que te siguen motivando a que sigas haciendo tu trabajo.

UNIDAD 5

1. ¿Por qué decidió estudiar cuidados intensivos?

Para mí la profesión de enfermería, es una profesión en la cual uno va dedicar prácticamente, llamémoslo así, su vida, porque es nuestra vida, al cuidado del otra persona, puede ser un paciente, ya sé que lo veamos como paciente, o veamos al paciente como un hijo, o lo veamos un hermano. Porque la enfermera como profesional se dedica al cuidado, lo que es el cuidar. Yo elegí la profesión de enfermería era porque quizás yo sentía que tenía la necesidad de cuidar, y porque aborde o porque decidí especializarme en áreas críticas, en este caso cuidados intensivos, más que la emergencia, como algún día conversaba, donde el abordaje a un paciente que de pronto, pues, llega en paro, tienen que abordarlo con todo, ser rápido y ágil, yo decidí la parte de cuidados intensivos, porque pienso que es algo más profundo, más al cuidado al que yo iba, el cuidado de una persona que está imposibilitada en todos los aspectos que su parte biológica, la parte física, en lo social, psicológica. Entonces creo que más en la parte física, la parte biológica, que es lo que más manejamos en la UCI, pacientes que están en grave deterioro, un periodo de enfermedad agudo, cuadro agudo, que muchas veces deja de ser agudo y se convierte en crónico por más que le brindamos cuidados que quizá se abordaron en un momento en la emergencia en shock trauma, ya va mas allá, los cuidados que le podemos brindar en UCI son más minuciosos, no digamos perfeccionistas pero si van más allá, van más allá de las cosas que tú puedes ver lo evidente, el intensivista es una persona que no solamente piensa en el problema sino se va a un antes y un después, que es lo que puede pasar después de, yo hago esta actividad, lo hago en este momento pero también estoy pensando en el después, que va pasar más allá, de acuerdo a la actividad que uno hace, si uno lo aborda en este momento y recuperas a ese paciente, en eso momento, está bien, pero ya estamos prolongándonos al después, entonces a mí me pareció que la especialidad de cuidados intensivos, es una especialidad muy interesante, muy bonita, muy rica, porque nos permite abordar, crecer, llenarnos de mayor conocimiento, manejar áreas en las cuales, o manejar situaciones en las cuales uno en otras circunstancias, o en otra especialidad, no sería, no sé no me hallaría, es distinto, veo que el intensivista es una persona, no que tenga más conocimiento, porque todas las especialidades tienen su área, pero el intensivista es un profesional que escogió esa carrera es porque es más profunda ve las cosas con más profundidad, y puede visualizar el campo y desempeñarse y aportar en muchas áreas dentro de lo intensivo, porque supuestamente si tú eres de intensivos manejas la parte respiratoria, la parte hemodinámica, la parte neurológica, diálisis también, porque muchas veces se ha visto en otras UCIs, no es la nuestra, que la enfermera intensivista puede apoyar y abordar, si bien es cierto hay una especialidad que es nefrología, pero antes no era así y enfermera intensivista aportaba, antes obvio porque las primeras especialidades que se formaron fueron, cuidados intensivos, emergencia, y quienes abordaban eso, las enfermeras intensivistas, pero posteriormente ya nacieron las otras especialidades nefrología, cardiología, y las subespecialidades que nacen a necesidad. Pero obviamente desde el momento que nace aborda muchos campos, muchas áreas y eso dice de su capacidad de acción, bueno por eso me gusto, y si no era UCI adulto, tenía que ser UCI niño.

2. Qué situaciones vive usted en la cotidianidad del cuidado.

Bueno yo llego con todo al servicio, a trabajar, trato siempre de llegar positiva, sabiendo que obviamente que el trabajo es intenso, sacrificado, y de mucho desgaste no solamente físico, sino también psicológico, mental. Llego preparada para todas las eventualidades, todas las situaciones, ya sea con el paciente, ya sea con el familiar, ya sea con el médico, uno tiene que ir preparado para todo, ya mentalizada. Si yo llego mentalizada veo lo que puedo esperar sea bueno o sea malo, llego con buen ánimo.

Llego me presento con mis colegas, recibo el reporte, comento con los médicos que sucedió con el paciente las eventualidades de cada paciente, si es que me preguntan.

Abordo a mi paciente en todo lo que es el baño, el confort, lo que es el examen físico, administración de medicamentos, si bien es cierto cada actividad te demanda un tiempo, y el área en que trabajamos si bien es cierto solo labora una técnico y una enfermera, muchas veces pedimos apoyo de un personal extra porque no nos podemos abastecer, por más que uno quiera, por más que uno diga sí puedo, es consciente de que se está casando agotando, agotando realmente, y a veces uno dice, vale la pena agotarme tanto si puedo pediré ayuda, que alguien me dé una manito, lo puedo hacer, si bien es cierto uno tiene la disposición de poder hacer pero el cuerpo pide ayuda, si bien es cierto recibo apoyo, en favor de mis pacientes, siento que el día se pasa volando, porque muchas veces no me siento, no voy al baño por estar abordando a mi paciente, estar dando tratamiento, estar coordinando exámenes, realizando procedimientos, que se tienen que hacer que la mañana, en la mañana es más agitado que en la tarde o en la noche, en la tarde es más tranquilo, y en la noche, se podría decir que mientras ningún paciente se complique, más complicados de lo que está o que haya agudizado su cuadro, no va demandar más trabajo o más tiempo del debido, pero en el día yo siento que el tiempo se pasa volando.

Me dedico más tiempo a mi paciente a la parte asistencial, más tiempo quizás a brindar educación al familiar, a dar alcances cuando llegan y a resolver algunas dudas, preguntas que ellos tienen en relación al paciente, y en lo que me compete a mí, sin tratar de ingresar al área médica, y se pasa así, el tiempo vuela, y llegan ya las horas de las seis, siete y siento que las horas no me alcanzan, y tengo que hacer todo lo demás, me gusta lo que hago a pesar de hacer todo eso, a pesar que siento que me demanda mucho tiempo, o seré de repente muy lenta, quizá yo soy lenta, o porque me demoro tanto, ah no importa es lo que tengo que hacer, es mi trabajo, y me gusta hacer por más que termine cansada.

Pero bueno mi día se transcurre así, entre más lo asistencial, es así el abordaje al mismo paciente, al final del día ya llega la parte rígida de las notas lo que viene a ser nuestras evaluaciones, informes, los indicadores, que son documentación, y también se realiza.

Mi carrera, mi profesión, lo que hago si, si me llena, si me siento satisfecha, porque el tan solo ver un paciente que sale de mi área, que mejora, que sale de alta y se va a su casa o con mucho temor a piso, pero veo que sale bien, me siento tan bien, y decimos “a bueno, que bueno, hemos hecho un buen trabajo”, todos mis colegas hemos hecho un buen trabajo, como el saber que tenemos un paciente puede estar hasta un mes en nuestras área, postrado y que no tenga ninguna escara, a mí me hace sentir muy bien, y me hace sentir que mi equipo con el cual trabajo está haciendo lo mismo, estamos trabajando bien, y yo creo que la mayoría de los colegas siente eso y más si por ahí un familiar viene y le reconoce quizá con un “señor, señorita muchas gracias” o “muchas gracias por atender a mi familiar”, han habido muchas oportunidades que ha habido eso, y uno se siente muy gratificado y es más así no te den las gracias con tan solo observar a tu paciente y ver que está evolucionando satisfactoriamente con el cuidado que brindamos, a mí me hace sentir bien.

3. Describa lo que más recuerda.

Hay una anécdota que me da mucha vergüenza porque no debió pasar y yo a raíz de eso yo quede curada, y dije es la primera y última vez que me pasa algo así, y fue en la UCI. Paso un paciente a la UCI, no recuerdo el año, ni el mes, el paciente tenía un Glasgow de diez puntos, no se levantaba, había reacción pupilar lenta, al momento que uno evalúa observaba que solo había retiro de la pierna o un brazo, no había ningún otro tipo de movimiento adicional que nos podría decir que este paciente se iba despertar o se podría levantar. Sucedió que quizá me confié y decidí turnarnos con el personal técnico y se fue primero a reposar, y cuando estaba observándolo, habré parpadeado me quede dormida unos quince minutos, y me desperté asustada porque escuche un ruido como que algo se golpeó, abrí los ojos, y veo delante de mí a mi paciente, parado así delante de mí, gracias Dios, no tenía catéter venoso central, ni estaba entubado, pero estaba invadido por sondas, había ingresado por un hiponatremia, con trastorno de sensorio, y yo me asuste pensé “mi paciente se cayó”, y no, era que así de la nada se había parado. Y bueno de eso sé que no me puedo dormir, si nos turnamos no me puedo dormir, ni parpadear, no confiarme, tampoco, uno tiene que estar alerta, gracias a Dios no hubo complicaciones, eso lo he guardado, mucho, porque a mí nunca un paciente se me ha caído, ni nada de eso. Ya en la mañana le comentamos al doctor que el paciente había despertado, no le dijimos exactamente que se había levantado pero él tampoco se explicaba cómo es que se había despertado y había reaccionado tan rápido, le evaluamos, hicimos exámenes de electrolitos y nadie se explicaba cómo había reaccionado tan rápido el paciente y por lo mismo nadie lo esperaba, ni el médico, nadie imagino que ese paciente se iba parar, más bien no hubo mayor cosa, no hubieron complicaciones. Bueno eso nos lleva a pensar que todo puede pasar, con un ser humano es impredecible.

Pero si, es difícil trabajar en UCI, es algo un poco complicado con sus pro y con sus contra, con lo que uno viene cargada emocionalmente de las cosas que uno ve en el hospital, ya sea de nuestra área, las cosas que escuchamos de afuera de la emergencia, porque el área, colinda con emergencia, de shock trauma, de cirugía, los gritos, la gente que llega mareada en la madrugada y uno se carga de esas cosas, y uno escucha “ahhhh”, bueno pues son cosas que pasan aquí.

Habrían muchas cosas que recomendar, muchas cosas que cambiar, muchas cosas que mejorar, comenzando por mí, por mi persona, y al menos en mi persona me gustaría poder ser una buena líder, liderar saber encaminar y poder ayudar a que mi servicio pueda crecer y no solo en infraestructura sino juntos con buenos profesionales. Ayudar a que el servicio se vaya forjando día a día con profesionales, con trabajadores que quieran a su servicio que amen a su servicio y que el día que ingresen a trabajar sea de lleno dando todo, no solamente cumplir su turno e irse desesperadamente, no, sino ayudara que el personal se comprometa a tal extremo con la finalidad que nuestro servicio crezca y crezca para bien y sea mejor cada día, y a parte hay tantas cosas que hay que mejorar, la infraestructura, el mobiliario, tantas cosas que quizás lo veo un poco lejano. Depende de la jefatura que pueda lograr algo y bueno, también lo económico, la gestión, el director, enfermería. Yo creo que el cambio depende de uno, tú puedes trabajar en el área más inhóspito, pero, si te involucras, tu trabajas ese lugar inhóspito, así feo, horrible, lo puedes transformar, quizás no, como te digo, en el ambiente, en el tamaño, pero si en la calidad de atención.

